



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Letras y Ciencias Humanas
Escuela Académico Profesional de Comunicación Social

**Procesos para el diseño del plan comunicacional de la
Campaña Nacional de Vacunación para la Eliminación
de la Rubéola 2006**

INFORME PROFESIONAL

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Comunicación
Social

AUTOR

Carlos REYNAGA RAMÍREZ

Lima, Perú

2009



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Reynaga, C. (2009). *Procesos para el diseño del plan comunicacional de la Campaña Nacional de Vacunación para la Eliminación de la Rubéola 2006*. Informe Profesional para optar el título profesional de Licenciado en Comunicación Social. Escuela Académico Profesional de Comunicación Social, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1	
CARACTERÍSTICAS PROYECTO	8
1.1 Nombre del plan comunicacional	8
1.2 Objetivos del plan comunicacional	8
1.3 Destinatarios del plan comunicacional	9
1.4 Estrategias del plan comunicacional	9
1.5 Espacio geográfico del plan comunicacional	12
1.6 Duración del plan comunicacional	12
CAPÍTULO 2	
OBJETO Y OBJETIVOS DE LA SISTEMATIZACIÓN	13
CAPÍTULO 3	
MARCO TEÓRICO DE LA SISTEMATIZACIÓN	15
3.1 Teorías y modelos en comunicación	
3.2 Fundamentos de salud y comunicación	
3.3 Planificación en comunicación en salud	
CAPÍTULO 4	
EJES DE LA SISTEMATIZACIÓN	47

CAPÍTULO 5	
METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS DE LA SISTEMATIZACIÓN	49
5.1 Metodología	49
5.2 Técnicas e Instrumentos empleados en la sistematización	51
 CAPÍTULO 6	
EL CONTEXTO EN QUE SE UBICÓ LA EXPERIENCIA	53
6.1 A Nivel Nacional	50
6.2 A Nivel Institucional	51
 CAPÍTULO 7	
RECONSTRUCCIÓN DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN	53
7.1 Organización del Equipo Técnico	53
7.2 Direccionamiento y Enfoque comunicacional	55
7.3 Diseño del plan comunicacional	63
Fase A. Recopilación de Experiencias Anteriores	
Fase B: Diseño de la Propuesta	
Fase C. Validación de la Propuesta	
7.4 Gestión	92
 CAPÍTULO 8	
ASPECTOS CENTRALES	97
 CONCLUSIONES Y APORTES	105
 BIBLIOGRAFÍA	110
 ANEXOS	114

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), como impulsor de Resolución CD 44.R1 sobre el Mantenimiento de los Programas de Vacunación del 44º Consejo Directivo, 55º sesión del Comité Regional de Washington D.C., EUA¹, realizada en septiembre 2003, promovió la Eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita en América Latina y el Caribe, a través de la vacunación obligatoria a los hombres y mujeres de 2 a 39 años de edad.

La erradicación de la Rubéola fue considerada prioridad para la OPS, ya que se trata de una enfermedad prevenible, pero altamente infectocontagiosa que se transmite de persona a persona a través de las secreciones que se eliminan por la nariz y boca al estornudar y toser. La Rubéola puede concluir en el Síndrome de Rubéola Congénita, resultado de la transmisión de la gestante al feto, el mismo que produce en los recién nacidos sordera, catarata, cardiopatía e incluso otras enfermedades que pueden aparecer posteriormente como la diabetes mellitus.

Por esta razón, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), como firmante del acuerdo, emitió la Resolución Ministerial N° 691-2006-MINSA del 25 de julio de 2006, para desarrollar entre los meses de octubre y noviembre de ese año, la

¹ Firmada en el 2003 en el marco del 44º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud OPS, en la cual los Ministros de Salud de las Américas aprobaron la meta de eliminar la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita para el año 2010

Campaña Nacional de Vacunación para la Eliminación de la Rubéola en el Perú.

En ese contexto, la Oficina General de Comunicaciones (OGC) del MINSA se encargó del diseño de la propuesta comunicacional para la promoción de la campaña de vacunación a nivel nacional.

La propuesta comunicacional en primer término fue el resultado del análisis de las lecciones aprendidas del Perú y de otros países de América Latina, en relación a la comunicación y su impacto en el tema de inmunizaciones.

También, a las reuniones periódicas sostenidas entre la OGC y la Red de comunicadores del MINSA y la asesoría de otros expertos o técnicos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) y de los consultores de la OPS.

En ese sentido, el presente informe pretende recoger y describir el proceso desarrollado por la OGC del MINSA, en la planificación de la campaña.

El documento resaltará los tres grandes pasos en la cual se basó el mencionado plan: diagnóstico, diseño y validación de la propuesta comunicacional.

La identificación de este proceso permitirá recoger las lecciones aprendidas sus fortalezas y debilidades, además de contar con un nuevo referente en la planificación de campañas comunicacionales vinculadas a inmunizaciones.

CAPÍTULO 1
CARACTERÍSTICAS DEL PLAN COMUNICACIONAL

1.1. Nombre del plan comunicacional

Plan comunicacional de la Campaña de Vacunación para la Eliminación de la Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita *“Por única vez, Vacúnate de una Vez”*

1.2. Objetivos del plan comunicacional

Objetivo General

Lograr que toda la población de 2 a 39 años participe y demande de manera informada la vacuna contra la rubéola.

Objetivos Específicos

- Informar a la población en general con énfasis en el público objetivo sobre los beneficios de la vacunación contra la rubéola y su relación con una vida más saludable.
- Facilitar al personal de salud los mensajes básicos para la promoción de la vacunación contra la rubéola, como única medida preventiva para evitar el síndrome de rubéola congénita.
- Capacitar e involucrar a los periodistas y líderes de opinión en la promoción y difusión de mensajes sobre la vacunación contra la rubéola y las consecuencias del Síndrome de Rubéola Congénita.
- Promover la corresponsabilidad y participación efectiva de actores clave como las ONG, empresas privadas e instituciones públicas, para el apoyo técnico y financiero de las acciones.

1.3. Destinatarios del Plan Comunicacional

Población en general de 2 a 39 años segmentados en:

- Madres y Padres de Familia
- Adolescentes y jóvenes, con énfasis en varones.

1.4. Estrategias del Plan Comunicacional

Las líneas estratégicas descritas en el plan de comunicaciones estuvieron básicamente a sensibilizar a la población sobre la importancia de la vacunación y sus consecuencias, promover la participación ciudadana y de actores clave para la generación de opinión pública favorable al tema y desarrollar acciones de abogacía para la generación de alianzas estratégicas para el respaldo a la campaña.

En este apartado se describirán brevemente las tres líneas estratégicas desarrolladas en el plan comunicacional del MINSA:

A. La sensibilización a la población se centró en las consecuencias del síndrome de rubéola congénita en los recién nacidos y la importancia de la prevención a través de la vacunación.

Para ello, la OGC del MINSA diseñó una serie de acciones de información y educación dirigido a los diferentes segmentos de la población, cuyo enfoque de interculturalidad y de género eran evidentes en las piezas comunicacionales. Con ello, se aseguraba mayores probabilidades de aceptación e identificación de los mensajes priorizados.

Las piezas de radio y la televisión tenían como objetivo reforzar los mensajes priorizados en esta intervención y generar opinión pública. Asimismo, esta intervención mediática se vería complementada con una propuesta de entrevistas a voceros del sector y de la sociedad civil. El monitoreo y evaluación de estas actividades se visualizarían en los rebotes de las notas de prensa y las solicitudes de entrevistas.

B. Abogacía y Alianzas estratégicas, estarían centradas lograr un apoyo sistemático de actores clave de la sociedad y de empresas del sector público y privado en las diferentes acciones de comunicación destinadas a promover la vacunación oportuna contra la Rubéola.

Una de las acciones más relevantes fue la propuesta para una alianza con los medios de comunicación. Lo que se pretendía era lograr que los propietarios de los medios brindaran una pauta gratuita con

mensajes de vacunación. Esta acción se impulsaría tanto en el nivel nacional como regional.

C. Promoción para la participación ciudadana, consignó actividades por públicos, contemplando los escenarios donde estos se desarrollan. Buscó movilizar a la población a partir de la promoción de actividades educativo - comunicacionales masivas.

En esta línea estratégica se buscó promover en los niveles locales festivales o caravanas, que incluyan animaciones socioculturales, danzas y música preparadas y presentadas por las diferentes organizaciones de la sociedad civil. También se pudo observar propuestas de concursos como la de periodistas “mejor reportaje o artículo sobre la rubéola”, la de historietas o afiches para escolares y universitarios.

1.5. Espacio geográfico

A nivel nacional, a través de sus 29 Direcciones Regionales de Salud y 5 Direcciones de Salud, clasificadas por el Ministerio de Salud.

1.6. Duración de la Campaña de Vacunación

Cinco semanas, del 01 de octubre al 05 de noviembre.

CAPÍTULO 2

OBJETO Y OBJETIVOS DE LA SISTEMATIZACIÓN

2.1. OBJETO DE SISTEMATIZACIÓN

Procesos desarrollados por la Oficina General de Comunicaciones del MINSA en el diseño de la campaña comunicacional para la eliminación de la rubéola en el Perú - 2006.

2.2. OBJETIVO DE LA SISTEMATIZACIÓN

Identificar los procesos desarrollados por la Oficina General de Comunicaciones del MINSA en la planificación de la campaña comunicacional para la eliminación de la rubéola en el año 2006.

Analizar los procesos para determinar las fortalezas y debilidades del plan comunicacional desarrollado por la Oficina General de Comunicaciones del MINSA.

CAPÍTULO 3
MARCO TEÓRICO DE LA SISTEMATIZACIÓN

3.1. Teorías y modelos en comunicación

La comunicación en salud basa su proceso de diseño, implementación y evaluación en diferentes teorías y modelos, las mismas que toman en cuenta los objetivos a donde se quiere llegar.

Pueden explicar la dinámica del comportamiento, los procesos para cambiarlo o promover alguna acción a través de las influencias externas. Adicionalmente pueden ayudarnos a identificar las metas más adecuadas para los programas, los métodos para lograr el cambio y los resultados para la evaluación.

Para la intervención en inmunizaciones, se tomaron en cuenta los modelos de creencias en salud que está vinculado a nivel más individual, así como la teoría de difusiones u organización comunitaria, relacionada a un nivel más comunitario.

Modelo de Creencias de Salud

El modelo centra a la persona como un sujeto racional, un tomador de decisiones lógicas que trata de maximizar beneficios y minimizar costos o riesgos de su conducta. Para que una persona tome una conducta preventiva deberá vincularla a los factores relacionados a su creencia (susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios que se prevén, barreras percibidas, señales de atención, grado de autoconfianza y

grado de importancia a la salud). Es un paradigma cognitivo-conductual. (Rosenstock, Strecher y Becker, 1980),

Las dimensiones de que consta el modelo son los relacionados a: La susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud, es decir, la percepción subjetiva (vulnerabilidad). La severidad percibida, que se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída. Beneficios percibidos, que responden a las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad Barreras percibidas, o lo que es lo mismo, aquellos costos económicos y más frecuentemente psicológicos, sociales o físicos que se oponen a la ejecución de la conducta en cuestión (Cuesta, p.124, 2006).

Las personas que posean información sobre la severidad de la enfermedad y su propia susceptibilidad, adoptaran una conducta saludable si perciben que la conducta recomendada es efectiva (OPS, 2001). También, es necesario tener en cuenta una serie de factores modificadores como los culturales, sociodemográficos, psicológicos, etc, que influyen en el proceso de toma decisión (León, 2004)

Modelos del nivel comunitario.

Este modelo ayuda a comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales, y cómo pueden activarse las comunidades y organizaciones, siendo esenciales para las actividades integrales de promoción de la salud. Sus estrategias e iniciativas son planeadas y dirigidas por organizaciones e instituciones cuya misión es proteger y mejorar la salud de las personas y las diferentes organizaciones de una comunidad.

En el nivel comunitario se presentan tres modelos:

Organización Comunitaria

Proceso mediante el cual se ayuda a los grupos comunitarios a identificar problemas o metas comunes, movilizar recursos y elaborar e implantar estrategias para lograr sus metas. Hace hincapié en la participación activa y desarrollo de las comunidades que pueden evaluar y resolver sus problemas relacionados a la salud.

La organización comunitaria sigue un proceso que parte de la Habilitación, destinado a promover la solución con la actuación de sus miembros; la Competencia comunitaria, identifica las aptitudes para resolver los problemas con eficacia; Participación y pertinencia, se debe iniciar donde “están las personas”; Selección de temas, identifica como centro de la atención inquietudes específicas; Conciencia crítica, destaca

la búsqueda activa de las causas que constituyen las raíces del problema.

Teoría de la Difusión de Innovaciones

Aborda la manera en que los nuevos productos, ideas y prácticas sociales se difunden dentro de una sociedad o de una sociedad a otra. La aplicación en programas de comunicación en salud significa una estrategia de uso de medios de comunicación masiva para introducir el mensaje, proporcionar conocimientos, influir sobre actitudes y reforzar una conducta. Además, de utilizar estrategias comunitarias e interpersonales para enseñar e incentivar la adopción de la conducta.

La OPS (2001) resalta las siguientes consideraciones cuando se habla de la teoría de la difusión de innovaciones. La ventaja relativa, en relación a las bondades o valor añadido de la innovación en relación a la idea o práctica que se pretende reemplazar; Compatibilidad, en relación a los hábitos, valores de las personas que adoptaran la innovación; Complejidad, que la innovación no se plantee como algo complejo o de difícil entendimiento; Posibilidad de poner a prueba, en relación de probar los beneficios antes de adoptarla finalmente,; posibilidad de observar, en función hasta qué punto la innovación proporciona resultados tangibles y visibles.

Cambio Organizacional

Tiene que ver con los procesos y estrategias que aumentan las posibilidades de que las organizaciones formales adopten e institucionalicen políticas y programas de salud.

Las organizaciones son sistemas sociales complejos y estratificados, compuestos por recursos, agentes, funciones, intercambios y cultura singulares. Por consiguiente, el cambio organizativo se puede generar si se trabaja en varios niveles. En el caso de la salud, es importante que el cambio se dé en función a establecer políticas públicas y entornos que respalden las prácticas saludables.

De este modelo se pueden extraer la Teoría de las Etapas, se basa en la idea de que las organizaciones pasan por una serie de etapas a medida que cambian. Las etapas se componen de 4: definición del problema, iniciación de la acción, ejecución e institucionalización. La Teoría del Desarrollo Organizacional, reconoce que las estructuras y los procesos organizativos influyen en el comportamiento y la motivación del personal.

De otro lado, una serie de expertos en la prevención de la transmisión del VIH, basan sus intervenciones en tres modelos teóricos que representan un mayor nivel de inclusión y que son utilizados en

ocasiones de manera ecléctica. (Parker, 2000; Cáceres, 2002; Estrada, 2006)

Los modelos teóricos son:

El modelo epidemiológico-conductual: centrado en las conductas de riesgo individuales. Este modelo parte del supuesto de que las personas son sujetos racionales y que pueden modificar sus conductas en base a la información, la percepción del riesgo, la percepción sobre el control del propio comportamiento, la confianza en sí mismo y las actitudes de los distintos grupos de la población ante la enfermedad. También, consideran los costos y los beneficios de las diferentes alternativas de actuación en un momento dado.

El modelo antropológico-cultural: centrado en los significados que los sujetos otorgan a sus prácticas preventivas y de riesgo, a partir de su pertenencia a contextos culturales específicos. Intenta modificar las normas y los valores que potencian los riesgos e impiden los comportamientos preventivos, y alienta la promoción de aquellas normas y valores que hacen viable los comportamientos saludables. Este modelo permitió la inclusión de los diversos sentidos, escenarios y grupos de población en los diseños de programas.

El modelo político-económico: parte de la idea de que las desigualdades económicas y sociales están en la base de la epidemia, la cual genera obstáculos para los cambios hacia conductas saludables. Este modelo desplaza la idea de riesgo individual por el concepto de vulnerabilidad social e individual y exclusión social. Incluye la movilización comunitaria, para la defensa de los derechos de las minorías y de las personas afectadas.

Mención especial merece el mercadeo social o de salud, ya sus estrategias y enfoques también fueron utilizados en el proceso de planificación.

Mercadeo Social

El mercadeo social, también llamado marketing social, se basa en el uso de la tecnología del marketing comercial.

Para Philip Kotler, “Mercadeo social es el uso de principios y técnicas del marketing convencional para influenciar la aceptación, rechazo, modificación o abandono voluntario de una conducta por parte de una audiencia específica, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los individuos, los grupos o la sociedad en su conjunto”.

El mercadeo social, al igual que el marketing comercial, según McCarthy, se basa en cuatro principios: las llamadas “4 P”, “Precio” “Producto” “Posición” y “Promoción”, los cuales fueron los primeros elementos que se establecieron con individualidad. Asimismo, se propuso que en el área profesional estas variables podrían ser sustituidas por “Servicio” para “Producto”, “Honorarios” para “Precio”, “Localización” para Posición y “Comunicación” para Promoción.

Se centra en cuatro Ps:

- Precio: es el costo que el consumidor entrega a cambio, sea costo tangible (dinero, tiempo) o intangibles (lo que cuesta en el comportamiento y/relaciones modificar el hábito de fumar, costo psicológico)
- Producto: Lo que se está tratando de cambiar en la conducta de la persona (uso de preservativo, beneficios al dejar de fumar)
- Promoción: cómo se da a conocer el producto, la idea, práctica o comportamiento, qué estímulos se utilizan
- Posición: canales a usar para llegar a la audiencia seleccionada

La formulación de estas cuatro Ps, surge de investigar a los consumidores a fin de conocer qué beneficios y costos consideran aceptables y pueden llegar a alcanzarlos.

En el caso de Salud, se hace uso de los canales de la amplia gama de medios del marketing para persuadir al público a adoptar una idea, un producto, una práctica o las tres.

El mercadeo en salud se logra con publicidad específica de los productos o servicios, a través de campañas educativas genéricas, el cual utiliza una combinación de estrategias y canales, incluyendo los medios masivos y la comunicación interpersonal, los cuales permitirán alcanzar y posicionar el producto o servicio en salud en los públicos objetivos.² De esta manera, se busca *satisfacer las expectativas de la gente, al lograr que las personas la perciban como algo de utilidad y provecho para ellas mismas y para quienes las rodean.*

Cabe puntualizar, que el Mercadeo social usa el principio de Intercambio Voluntario. Aquí se parte de la idea de que los individuos, grupos u organizaciones tiene algo que ofrecer (dinero, esfuerzo, tiempo) (costo) que están dispuestos a cambiar por el beneficio percibido (sentirse mejor,) (producto). Esta se basa en la idea de que toda acción humana está basada en un intercambio. Es importante diseñar estrategias basadas en los valores, conocimiento, deseos y necesidades de la audiencia señalada.

² Population Services International <http://www.psi.org/resources/pubs/sp-wism.pdf>

En el mercadeo social se emplea los siguientes aspectos:

- Planificación y selección de estrategias
- Selección de canales y materiales
- Elaboración de materiales y6 prueba previa
- Ejecución
- Evaluación de la eficacia
- Retroalimentación

3.2. Fundamentos de la comunicación en salud

Para poder entender con amplitud a la comunicación en salud como un proceso estratégico, es necesario relacionarla con aspectos conceptuales básicos como la salud, la prevención, la promoción de la salud, así como su relación con los modelos teóricos que la sustenta.

Todo ello es importante a la hora del diseño de una propuesta comunicacional relacionada a la salud.

3.2.1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades

La organización Mundial de la Salud (OMS, 1945) define a la salud como “completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

En este sentido, Lalonde (1974) aportó la concepción de la salud holística, señalando que la salud está influida por una serie de factores determinantes como los biológicos, medio ambiente, estilos de vida y el sistema de asistencia sanitaria, las cuales son clave para alcanzar la salud integral de las personas.

Asimismo, en la “Carta de Ottawa señala determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos, es decir aspectos psicosociales y culturales de la persona (OMS, 1986)

Los principios estratégicos de “Salud para Todos en el año 2000” (OMS, 1998), reconoció que la promoción de estilos de vida saludables, unida a la prevención de enfermedades evitables, y a la rehabilitación de la salud deteriorada, son clave para conseguir un nivel mínimo de salud.

De esta manera, la promoción de salud y la prevención de las enfermedades se convierten en procesos clave para lograr los objetivos planteados en la definición de salud.

La Promoción de Salud busca "proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la

misma. También, que éstas sean capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente" (Carta de Ottawa, 1986).

Costa (2000) resalta la importancia de la potenciación (dar poder) a la gente para que asuman decisiones que afectan su vida y salud, ya que ello permitiría mayor control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud (p.32).

De otro lado, la OMS también destaca la importancia de la prevención de enfermedad, definiéndola como el proceso que implica desarrollar acciones anticipatorias, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables (OMS, 1995). Posteriormente, la redefine como "Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS, 1999).

Por ello, la prevención considera a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables, que suelen ser con frecuencia asociados a diferentes conductas de riesgo. La modificación de estas conductas constituye una de las metas primordiales de la

prevención de la enfermedad. Giménez (2008) agrega que las estrategias de prevención contribuyen a reducir los factores de riesgos que ocasionan o mantienen la enfermedad. Asimismo, la prevención permite según su nivel de intervención mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo (p.44).

En este sentido, se resalta la importancia de la educación sanitaria como la estrategia para cumplir los objetivos de las intervenciones en promoción de la salud y en prevención de enfermedades, así como la diseminación de la información, a través de campañas, las cuales permitan concientizar y ayudar a las personas a adoptar y mantener hábitos de vida saludables (Sánchez-Martos, 2008).

Costa (2000), define a la Educación para la Salud (EpS) como un proceso planificado y sistemático de coordinación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difícil las prácticas de riesgo. Asimismo, la EpS es considerada como una estrategia básica para la promoción de la salud (p. 29).

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas

a mejorar la salud (...) Es decir, supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud (OMS, 1999).

3.2. 2. Comunicación en salud

La comunicación en salud, entendida como un proceso estratégico, viene contribuyendo eficazmente al logro de los objetivos de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, a través de sus intervenciones informativas, educativas, de incidencia política y mediática.

En este sentido, es básico definir en primer término a la comunicación en su estructura primaria; Serrano (2007), definió a la comunicación como un proceso de interacciones significativas e interpretativas entre dos o más agentes, las que se ejecutan a través de tres componentes: (a) *Actores*: son personas físicas que en nombre propio o de otro entran en comunicación con otros; (b) *Instrumentos*: son todos los aparatos biológicos o instrumentos tecnológicos que pueden acoplarse para obtener producción, intercambio o recepción de señales; (c) *Expresiones*: son sustancias expresivas cualquier cosa de la naturaleza, cualquier objeto fabricado un organismo vivo.

Por su parte, Kaplún la señala “como un proceso que tiene un doble origen y significado, uno más ligado a la transmisión de información de manera unidireccional y la otra basada en el diálogo, la cual trata de explicar cómo se realizan los intercambios comunicativos y como éstos afectan a la sociedad y a la comunicación

Sánchez-Martos (2008) reafirma lo manifestado por Kaplún, indicando que el proceso de la comunicación humana, con sus componentes verbal y no verbal, es la bidireccionalidad que se da entre el emisor y el receptor, siendo esta posibilidad de doble flujo la que nos permite establecer la diferencia entre lo que se entiende como información y el verdadero proceso de comunicación (p. 35).

Estos conceptos de la comunicación son incorporados por Nutbeam (2000), para definir a la comunicación en salud como un “proceso que contribuye a desarrollar conocimiento, comprensión, y habilidades y que permite a la gente llevar a cabo cambios sostenibles en las condiciones que afectan a su salud. Estas condiciones incluyen factores sociales, medioambientales y económicos”.

3.3. Planificación en comunicación en salud

Según la OPS (2001), la comunicación puede aumentar el conocimiento sobre temas de salud, influir sobre las actitudes, demostrar o ejemplificar

habilidades, incrementar la demanda de los servicios de salud o reforzar conductas saludables.

Sánchez-Martos (2004), resalta que la comunicación no puede producir cambios en las conductas por sí sola, sino a través de una serie de componentes programáticos integrales que la respalde como aspectos de educación sanitaria, presión de grupo, experiencia personal, entre otros.

Por ello, los programas y las campañas de comunicación cuentan con una serie de componentes que respaldan su accionar en ámbitos como el interpersonal y comunitario, vinculado a un proceso más educativo (Guayta, 2004, p. 288). En este sentido, se puede evidenciar que la comunicación en salud requiere de un proceso planificado estratégicamente, que le permita contribuir a incrementar o fortalecer conocimientos en la población.

La OPS (2001) recomienda que los programas y planes de comunicación que pretendan ser exitosos deben estar diseñados basados en la evidencia científica o en la recopilación de información sobre buenas prácticas; conocer y analizar las tendencias del entorno; promover las alianzas estratégicas, así como la participación comunitaria.

La planificación debe estar estructurada para incorporar el proceso de evaluación y sostenibilidad de la intervención. Asimismo, los programas de comunicación en salud deben estar basados en las necesidades y percepciones de las audiencias seleccionadas en todo el proceso (p. 49).

Para ello, sugiere seis pasos clave de perfeccionamiento continuo: 1. Planificación y selección de estrategias, 2. Selección de canales y materiales, 3. Elaboración de materiales y pruebas preliminares, 5. Ejecución, 6. Evaluación de la efectividad, retroalimentación para refinar el programa.

El proceso de planificación se centrará en la descripción del problema o tema de salud, quiénes son los afectados, que saben, creen y hacen. Para ello, se deberá contar idealmente con la siguiente información:

Descripción del problema, incidencia y magnitud; además de determinar las causas, efectos y soluciones. Descripción de los grupos, edad, sexo, grupo étnico, patrones culturales, etc. Información disponible de la audiencia seleccionada. Información sobre el uso de los servicios de salud y preferencia de los medios de comunicación nacionales y locales.

Es importante en el proceso de planificación, lograr describir a la audiencia, ya que permitirá elaborar mensajes, materiales y canales más efectivos. Se debe tomar en cuenta las características físicas, demográficas, psicográficas y conductuales (OPS, p. 64, 2001).

La formulación de la estrategia empieza con: objetivo del programa, las audiencias seleccionadas (primarias y secundarias), información seleccionada para comunicar y los beneficios, en términos percibidos por la audiencia.

Para determinar qué materiales y formatos serán más efectivos se deberá tener en cuenta la complejidad del mensaje, estilo y propósito, así como tener en cuenta las características de las audiencias, la disponibilidad de los canales y sus costos y, el presupuesto con que se cuenten.

Las campañas más afectivas son aquellas que usan medios múltiples y que combinan las mass media con actividades educativas sobre pequeños grupos. Incrementan la efectividad si se puede definir a qué grupo poblacional va dirigida la campaña y si ésta utiliza una celebridad como personaje testimonial que logre mayor atracción.

Según Guayta (2004) una campaña mediática puede ser definida como aquella acción que posee cuatro componentes:

- Persuasiva y busca influir
- Llega a una gran población
- Tiene un tiempo específico y limitado.
- Involucra y organiza instrumentos de las actividades de los medios de comunicación.

Para aumentar la efectividad de la campaña se debe realizar un pre test para asegurar que los mensajes tendrán los efectos esperados. Se deberán efectuar evaluaciones periódicas mientras se diseñe y se ejecute la propuesta (Guayta, p. 297, 2004).

En resumen, la planificación de la comunicación depende de la estructura de la comunicación, de las razones de ésta (usada como un fin en sí mismo o como medio para lograr un fin), así como el nivel de acción de la planificación en comunicación, nos podemos referir a los programas, proyectos de comunicación o campañas de salud que se pueden desarrollar en el ámbito local, nacional y regional.

Los procesos de diseño de los componentes de comunicación se basan en el proceso P desarrollada por la Alianza para la Comunicación en

Salud. Desde 1982, la Alianza para la Comunicación en Salud presentó el “Proceso P” como una forma de diseñar e implementar programas de comunicación en salud y salud ambiental.

Este proceso nos lleva “paso a paso” desde un concepto inicial sobre la naturaleza del cambio social ó de comportamiento a lograr (el socio político o de contexto social; el de los servicios de salud; y el de las comunidades e individuos) hasta el diseño sistemático y medible de un programa de comunicación estratégico y participativo.

Dos componentes importantes en este proceso son:

- Mayor participación de los actores sociales, socios y sectores interesados a nivel nacional y comunitario.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria.

Los pasos del Proceso P son:

1. Análisis: Revisar la documentación de experiencias previas, información epidemiológica, demográfica, socio-cultural y económica, realizar una investigación formativa. Se necesita identificar el problema de salud, los públicos más afectados por este problema, las normas y costumbres culturales de estos grupos por lo que continúa el problema de salud, las políticas y programas existentes, los grupos sociales y la capacidad de la comunicación.

2. Diseño estratégico: establecer objetivos de comunicación, definir enfoque y posicionamiento del programa, determinar espacios y medios a usar, diseñar un plan de implementación con indicadores de proceso para monitorear el avance del programa, y desarrollar un plan de evaluación y monitoreo.
3. Desarrollo y Pre-testeo: incluye el desarrollo, prueba, modificación y nueva prueba para desarrollar los conceptos y tipos de materiales a utilizar. Estos materiales deben evocar emociones y sentimientos en los grupos sociales a los que apunta el programa.
4. Implementación y monitoreo: aquí se busca la participación de todos los actores claves y aliados para lograr los objetivos del programa: capacitar, informar, movilizar. En esta etapa también se da el monitoreo de las actividades realizadas hasta el momento a fin de de ajustar los planes y solucionar problemas en la implementación.
5. Evaluación y replanificación: evaluar para medir la eficiencia del programa en alcanzar los objetivos propuestos y evaluar el impacto del programa. Esto para hacer una posterior análisis de las necesidades futuras, y de las estrategias y acciones débiles y efectivas del programa.

Este modelo de planificación estratégica ha sido ajustado según las situaciones, públicos, contextos y temas de salud, enfatizando en unos procesos más que en otros.

Así tenemos algunos ejemplos adaptados del “Proceso P”, como el Proceso de Comunicación en Salud presentado en el “Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes” de la OPS, el cual consta de 06 etapas: planificación y selección de estrategias, selección de canales y materiales, elaboración de materiales y pruebas preliminares, ejecución, evaluación de la efectividad y retroalimentación para refinar el programa

En “Lineamientos y Estrategias para la gestión Local de la Comunicación Educativa”, del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión – Salud básica para Todos – Administración Compartida, del Ministerio de Salud – Perú, señalan como elementos claves para realizar un programa de salud, lo siguiente: la planificación, uso de diversas teorías sobre la persuasión, el mercadeo social y los cambios de comportamientos, la investigación, la segmentación de audiencias y estrategia multimedios.

Otro modelo aplicado en similitud con el “Proceso P” es la “Rueda de Comunicación en Salud”, desarrollada por Henry Thompson. Este modelo integra la evaluación formativa y sumativa, con los siguientes pasos: revisión de la información base, establecer objetivos, analizar y segmentar la audiencia, desarrollar y probar los conceptos del mensaje, selección de canales de comunicación, estrategias, desarrollo y creación de mensajes y materiales de comunicación, validar, desarrollo e

implementación del Plan de Comunicación, evaluación de efectos y retroalimentación del programa.

Finalmente, el planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa-**PECE**", del Proyecto de Salud y Nutrición Básica del Ministerio de Salud, Perú.

Nos centraremos en esta metodología, ya que fue realizada conforme el contexto país y según los públicos que aplican las acciones de comunicación a nivel nacional.

La guía fue realizada para que los múltiples actores en el campo de la salud y de la comunicación vinculados a los temas de comunicación y promoción de la salud, apliquen de manera metodológica los proyectos y planes de comunicación a favor de sus públicos, y puedan, también, evaluar el alcance e impacto de las acciones planificadas.

Este proceso nos permitiría determinar todas las etapas seguidas en la fase de la planificación, resaltando qué instrumentos fueron utilizados y en qué fases. De esta manera se podrá determinar si se hizo uso de los recursos de manera eficiente y eficaz para el logro de los objetivos.

La metodología del Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa (PECE) se desarrolla por etapas. Paso a paso se construye el

camino para racionalizar y organizar las actividades de información, educación y comunicación (IEC).

1ª etapa: Diagnóstico:

¿Dónde estamos?

El problema de Salud: es importante identificación del problema de salud a fin de definir mejor nuestro público objetivo, los objetivos de comunicación y las estrategias a utilizar, así racionalizamos los esfuerzos y recursos para la intervención comunicacional. En esta primera etapa se puede recoger información de los públicos con el estudio CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) o cuadros de comportamientos que nos responda ¿qué hacen?, ¿por qué lo hacen?, ¿qué beneficios obtienen? y ¿qué costos acarrea? Así también, para plantear estrategias de IEC mas adelante, es necesario conocer por qué se va a tomar en cuenta un problema y no otro, qué origina este problema, dónde y cuándo se da, cuáles son los efectos principales, a quién afecta y cuáles son las creencias actitudes y comportamientos que contribuyen a que siga el problema. El árbol de problemas es una buena herramienta para identificar y analizar un problema de salud sus causas y consecuencias,

Análisis Situacional: Aquí se procede a hacer un análisis del contexto o ambiente que rodea al problema de salud, a tres niveles. El análisis

FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) ayuda a realizar este análisis.

- Ambiente interno: infraestructura, recursos financieros, políticas, estructura organizativa, recursos humanos, experiencia institucional de las Redes de Servicios de Salud.
- Microambiente: proveedores, mercado intermediarios, competencia
- Macroambiente: Tendencias de múltiples situaciones en el marco de las acciones de la intervención comunicacional. Institucionales, económicas, legales, socio-culturales, tecnológicas, demográficas, de salud.

La investigación de los públicos se realiza en tres momentos del proceso estratégico: antes del diseño del plan, para validación de materiales y al final de la intervención (para medir resultados entre lo planeado y logrado)

2ª etapa: Diseño de la estrategia:

Con los resultados del diagnóstico el siguiente paso es preguntarse: ¿hacia dónde vamos y cómo lo hacemos?. El diagnóstico permite racionalizar los procesos en función de la mayor efectividad comunicativa sobre los públicos.

- a) Segmentación de audiencias: identificar el público objetivo primario (segmento de la población con mayores posibilidades de responder a la propuesta de salud) y el público secundario (agentes necesarios para el desarrollo de la estrategia).
- b) Priorización de comportamientos: es imprescindible establecer exactamente que comportamiento queremos lograr en nuestro público objetivo, concentrándonos en los más factibles. Para ello debemos hacer la diferenciación entre el comportamiento actual, el ideal y el comportamiento factible.
- c) Determinación de los Objetivos de comunicación: definir lo que se quiere lograr con el público objetivo respecto a su problema de salud.
- d) Posicionamiento: es ubicar en la mente del público la imagen o significado que queremos dar sobre un bien, servicio o idea.
- e) Elaboración de mensajes: Los mensajes es lo que queremos transmitir al público y responde a los objetivos de comunicación. El contenido del mensaje debe ser atractivo, comprensible y relevante para los destinatarios, tomar en cuenta el tono comunicacional de los mensajes y el mensaje soporte a dar. Se definen tanto el mensaje principal como el secundario, así como el slogan.

- f) Selección y mezcla de medios: la combinación adecuada de los medios seleccionados permitirá una comunicación más efectiva. Se debe tener presente los objetivos de comunicación y la información recopilada en la etapa de diagnóstico sobre el público objetivo (¿a qué medios tiene acceso?, ¿cuáles prefiere?, ¿en qué etapa de adopción de conducta se encuentra el público?. entre otros). Los medios que se pueden utilizar son: los de comunicación masiva, interpersonales/grupales, de apoyo y comunitario, tomando en cuenta las ventajas y desventajas de cada uno de ellos, así como, las características del medio según la etapa de adopción de conducta en la que se encuentra la población objetivo, características del medio, la frecuencia y alcance. los costos de producción y difusión.
- g) Plan de Trabajo: En el cual se detallen todas las actividades programadas con fecha (cronograma), los funciones y responsabilidades de los involucrados (organigrama de funciones) y los recursos q se necesitan (presupuesto).
- h) En esta fase es útil el Brief, para sistematizar y ordenar toda la información del proceso realizado.

3ª etapa: La intervención

Es la etapa de mayor esfuerzo en la que se pondrá en marcha la estrategia de comunicación. Responde a la pregunta de ¿qué hacemos?

- 1) Producción de materiales educativos comunicacionales: para elaborar cualquier tipo de material, ya sea masivo, interpersonal o personalizado, se debe tomar en cuenta los cinco componentes de eficacia: atracción, comprensión, involucramiento, aceptación e inducción a la acción. Estos componentes también se relacionan con los criterios y etapas de la producción de los materiales, diferenciadas por el tipo de material realizado (impreso, audio, audiovisual)

- 2) Validación: esta es una etapa de la planificación de materiales que se da antes de su producción final. Primero se da una validación técnica con los especialistas del tema de salud a fin de que indiquen si el manejo de los contenidos responden a las normas biomédicas o técnico sanitarias del tema de salud tratado. Posterior a ello se realiza una validación con población, para saber como responden las personas ante los materiales y analizar si existe compatibilidad o no entre el proceso creativo, los mensajes y la comprensión, aceptación o involucramiento de los públicos con los mensajes planteados.

Pasos para validar:

- Seleccionar los mensaje y/o materiales
- Determinar la forma (música, tamaño, actuación, contexto, color, locución) y contenido (palabras, acciones, ideas)
- Determinar el número de entrevistas a realizar
- Seleccionar la técnica para recoger la información de la validación
- Seleccionar y capacitar a los entrevistadores
- Probar las guías e instrumentos
- Ejecución
- Análisis

4ª etapa: La evaluación

¿Qué y cómo evaluamos?

La evaluación es parte integral de la estrategia y debe estar en todo el proceso, lo cual nos indicará si lo planificado antes, durante y después de la intervención es eficiente y efectivo en el marco de la estrategia. Así es como la evaluación es útil al efectuar modificaciones de las acciones identificadas como erróneas o débiles.

Se destacan cuatro tipos de evaluación:

- Evaluación de necesidades o diagnóstico de base: se aplica la inicio de la intervención y busca identificar las necesidades de un grupo objetivo con algún problema de salud.
- Evaluación de proceso o monitoreo: se monitorea todas las actividades del proyecto que definen la buena marcha y el logro de objetivos. Gracias a la retroalimentación continúa se puede ejecutar los cambios necesarios de las acciones del proyecto que se deben mejorar. Se hace necesario indicadores cuantificables para analizar el proceso de monitoreo.
- Evaluación de resultados: evalúa los logros de los objetivos de comunicación planteados, poniendo énfasis en los resultados inmediatos en relación a los cambios de conocimientos, actitudes y comportamientos del público. Los indicadores indican el éxito o fracaso del plan.
- Evaluación de impacto: aquí se enfoca asuntos de mayor alcance de la población relacionado con su calidad de vida. Saber qué paso luego de concluida la intervención en comunicación durante los seis meses posteriores (corto plazo), o después de los seis meses (largo plazo).

La evaluación permite tener hallazgos y recomendar estrategias que permitan avances en el problema de salud o los públicos involucrados en este problema.

CAPÍTULO 4

EJES DE LA SISTEMATIZACIÓN

4.1. EJES DE LA SISTEMATIZACIÓN

La identificación de los ejes priorizados de la presente sistematización está enmarcada en la planificación estratégica en comunicación y en la directiva No. 078 MINSA – OGC del 2006, en la que establece los procedimientos para el diseño, implementación y evaluación de los planes de comunicación en temas de salud.

En este sentido, se han identificado tres momentos clave del diseño de la propuesta comunicacional del MINSA:

- Recopilación y análisis de experiencias anteriores.
- Diseño de la propuesta comunicacional.
- Validación de la propuesta comunicacional.

CAPÍTULO 5
METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS DE LA SISTEMATIZACIÓN

5.1. Metodología

Para el proceso de sistematización de la experiencia comunicacional sobre la campaña de vacunación, se realizaron los siguientes pasos:

Paso 1. Revisión de documentos

Paso 2. Entrevistas a involucrados del proceso.

Paso 3. Construcción de la experiencia

Paso 4. Formular aportes y conclusiones

Paso 1: Se inició con la recopilación de la información sobre la campaña de vacunación. Ello implicó revisar algunos informes de las reuniones técnicas que sostuvo la Oficina General de Comunicaciones del MINSA con los integrantes de la Estrategia Sanitaria Nacional (ESN) de Inmunizaciones, así como las actas de las reuniones del Comité Técnico Permanente, el mismo que está compuesto por las Direcciones Generales y oficinas del MINSA para el desarrollo de acciones conjuntas y de corresponsabilidad.

Asimismo, se revisó informes de la OGC en relación a los acuerdos con la red de comunicadores del MINSA.

También, se consideró importante revisar la información que había recopilado la Oficina General de Comunicaciones en relación a otras

experiencias similares en América Latina, con la finalidad de observar qué aspectos habían sido incorporados a su propuesta.

Luego de este proceso, se visitó la página web del MINSA para acceder a una copia del Plan comunicacional y del instructivo de la campaña comunicacional, los mismos que permitieron conocer las indicaciones técnicas generadas desde el nivel central a los niveles operativos para la implementación de la campaña comunicacional.

Paso 2: Estuvo dedicada al desarrollo de entrevistas a profundidad a los involucrados del proceso de planificación de la campaña de vacunación. En este momento se logró entrevistar al Lic. Raúl Choque, Director de la Oficina Ejecutiva de Comunicación Social (periodo 2006), responsable de dirigir el proceso de planificación y a la Lic. Nadya Bravo, responsable operativa del componente de comunicación social. También, se consultó sobre el proceso a la Lic. Mariana Mendoza, Coordinadora Nacional de la ESN de Inmunizaciones para determinar el nivel de articulación entre su oficina y la Oficina General de Comunicaciones para el diseño de estrategias, discursos y productos comunicacionales consensuados.

Paso 3: A partir de la recopilación y ordenamiento de la información de las entrevistas, se inició el proceso de construcción del proceso

desarrollado por la OGC MINSA para la Campaña comunicacional dirigida a la Vacunación para la Eliminación de la Rubéola 2006.

Paso 4: Se centró a identificar las fortalezas y debilidades del proceso desarrollado por la OGC en el diseño. Con ello, se procedió formular algunas recomendaciones que podría contribuir a mejorar próximos planes de comunicación del Ministerio de Salud.

5. 2 Técnicas e Instrumentos en la Sistematización

Para la sistematización de la experiencia profesional se requirió diseñar lo siguiente:

a. Recopilación de Información:

Matriz para identificar el proceso desarrollado para la propuesta comunicacional de vacunación y otra anteriormente implementada.

b. Entrevista a profundidad:

Guía estructurada de preguntas para entrevistas

CAPÍTULO 6
CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA

6.1. A Nivel Nacional

A pesar de contar con un apoyo técnico y financiero internacional para el diseño e implementación de la campaña, el proceso de diseño tuvo una serie de contratiempos.

Por un lado, las elecciones presidenciales contribuyeron a que la atención de los decisores del Ministerio de Salud se centrará en la elaboración de informes, en el diseño de la memoria institucional 2001 – 2006 (Gobierno del Presidente Toledo) y en la entrega de información a la Comisión de Transferencia del gobierno entrante

Cabe precisar que todo este proceso se desarrolló en el marco de las elecciones municipales 2006, durante el cual se tuvo que indicar, en la directiva de la OGC, que se debería solicitar la autorización del Jurado Nacional de Elecciones antes de iniciar el uso de cualquier material comunicacional (JNE debía contar con un modelo de la pieza de comunicación antes de sus difusión o impresión). Ello para evitar que algunos de los materiales se relacionen con alguno de los partidos políticos que participaban en el proceso electoral.

Finalmente, la inestabilidad generada en el sector por los potenciales cambios de funcionarios debido al inicio de un nuevo Gobierno, limitaron el avance y la toma de decisiones respecto a la campaña de vacunación

a nivel nacional. Sin embargo, el compromiso de los equipos técnicos y consultivos contribuyó a cumplir el cronograma establecido para la planificación y coordinación de la campaña de vacunación.

6.2. A Nivel Institucional

El ingreso de la nueva administración del sector conllevó a cambios en todos los niveles del Ministerio de Salud, creando un clima de inestabilidad no sólo entre los funcionarios sino también en el personal técnico.

El cambio de los directores de la Oficina General de Comunicaciones y la inclusión e involucramiento de nuevos funcionarios en el tema de vacunas, retrazó las acciones descritas en el proceso de planificación, en su etapa de validación con los niveles operativos del MINSA. Sin embargo, el proceso continuó por el interés e involucramiento de las partes (OGC y ESNI) además de la propia OPS quien se encargó de apoyar al comité técnico en las reuniones con los nuevos funcionarios.

De otro lado, la ley de austeridad, promovida por el nuevo Gobierno Aprista, prohibía que cualquier material sea impreso a color, lo cual generó desconcierto entre los planificadores de la campaña de vacunación. Para superar este impase se promovió la interpretación de la norma, por parte de la Oficina de Asesoría Jurídica. Ello, permitió no

incluir en la prohibición a las piezas comunicacionales desarrolladas en el marco de las campañas de promoción de la salud y prevención de enfermedades organizadas por el MINSA.

Esta situación retrasó la publicación de la directiva relacionada a la implementación de la campaña. Sin embargo, el aporte técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud, permitió garantizar la implementación de la campaña, según lo planificado, con la impresión a color de material comunicacional informativo.

CAPÍTULO 7
RECONSTRUCCIÓN DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

7.1 Organización del Equipo Técnico

En esa fase se identificaron actores clave de la OGC que se encargarían del diseño e implementación del plan comunicacional, para lo cual se definieron las funciones que cada uno asumiría durante el proceso.

El diseño del plan comunicacional se construyó de manera consensuada y estuvo incorporado como uno de los lineamientos del Plan Nacional de Inmunizaciones, desarrollado por el Comité Técnico Permanente (CTP) de la ESNI.

El CTP está compuesto por representantes de la Dirección General de Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología, Dirección de Salud de las Personas, Oficina General de Comunicaciones, Seguro Integral de Salud, INS, entre otras. En este espacio se aprueban las intervenciones nacionales.

La responsabilidad política, técnica y administrativa del componente comunicacional estuvo a cargo de la Oficina General de Comunicaciones, a través de su Directora General, la Lic. Estela Roeder Carbo (2006).

Para facilitar el proceso operativo, al interior de la OGC se establecieron una serie de responsabilidades internas:

La responsabilidad técnica y administrativa estuvo a cargo del Director Ejecutivo de la Oficina de Comunicación Social, Raúl Choque, mientras que la coordinación general estuvo a cargo de Carlos Reynaga.

Así mismo, para promover el trabajo compartido y según cada *expertis*, la OGC, designó a coordinadores operativos por cada una de sus áreas: Prensa (Jhon Castro), Imagen Institucional (Miryam Espinoza) y Comunicación Social (Nadya Bravo). Estos profesionales se encargaron de la coordinación y diseño de estrategias relacionados a cada uno de sus componentes.

La OGC también contó con el soporte técnico especializado del equipo técnico de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones y de la Dirección General de Promoción de la Salud, para el diseño de las estrategias, mensajes e intervenciones comunicacionales según escenarios (escuelas, comunidades, familias).

7.2. Direccionamiento y Enfoque comunicacional

En este proceso, el equipo de comunicaciones se centró en definir el modelo más apropiado para el proceso del diseño del plan comunicacional, el mismo que debería responder a una serie de etapas y resultados programados.

La propuesta comunicacional del MINSA está basada en el modelo de la comunicación estratégica, el cual se sustenta en una planificación articulada, consensuada y efectiva que garantizó el cumplimiento de los objetivos programados. También se sustentó en la Directiva OGC N° 078 que describe los pasos a seguir en un proceso de planificación de una campaña.

“La comunicación estratégica es una de las más claras y evidentes formas de lograr objetivos tanto a nivel personal como masivo (...) El uso de la comunicación estratégica se encuentra aplicado en casi todas las áreas de la sociedad. A modo de llegar e inducir algún concepto, idea o conducta, se acude a una serie de estímulos variados que pueden directamente contribuir con esa causa, sin que el afectado si quiera se entere.”^{3 4} La comunicación estratégica en salud, puede influir a generar actitudes favorables a un cambio de comportamiento que genere estilos de vida saludable entre la población”⁵.

A partir de este proceso, el diseño del plan comunicacional recogió aportes de la comunicación en salud, la cual brindó el marco necesario para desarrollar estrategias informativas que contribuirían a sensibilizar y generar actitudes favorables al consumo de un insumo, vacunas contra la rubéola.

Asimismo, se incorporó al mercadeo social, como marco que sustentaba las estrategias y herramientas utilizadas en la comunicación estratégica en salud.

³ <http://www.recrea-ed.cl>

⁴ Rafael Alberto Pérez, "Estrategias de Comunicación". Editorial Ariel, 2001.

⁵ Alianza para la Comunicación, “El Nuevo Proceso P. Pasos en Comunicación Estratégica”. Baltimore 2003

En el caso de Salud, se hace uso de los canales de la amplia gama de medios del marketing para persuadir al público a adoptar una idea, un producto, una práctica o las tres. En este caso, se hace referencia al producto: vacuna gratuita contra la rubéola.

El mercadeo en salud se logra con publicidad específica de los productos o servicios, a través de campañas informativas genéricas, el cual utiliza una combinación de estrategias y canales, incluyendo los medios masivos y la comunicación interpersonal, los cuales permitirían alcanzar y posicionar el producto o servicio en salud en los públicos objetivos. ⁶ De esta manera, se busca *satisfacer las expectativas de la gente, al lograr que las personas la perciban como algo de utilidad y provecho para ellas mismas y para quienes las rodean.*

De otro lado, la promoción de la salud, que en la Carta de Bangkok, sostiene que un esfuerzo colectivo por salud es establecer asociaciones, alianzas, redes y mecanismos de colaboración, las cuales brindan fórmulas interesantes y gratificantes para conseguir reunir a personas y organizaciones en torno a objetivos comunes y acciones conjuntas que mejoren la salud de las poblaciones.

⁶ Population Services International <http://www.psi.org/resources/pubs/sp-wism.pdf>

En este contexto, el proceso de planificación de la campaña recogió los aportes de distintos modelos y enfoques, el cual sustentaba el trabajo coordinado y de corresponsabilidad para el logro del fin supremo, vacunar a los peruanos contra la rubéola. También, siguió con los lineamientos de la directiva No. 078 MINSA – OGC del 2006, la cual definía las pautas a seguir para la construcción de una campaña comunicación del MINSA.

7.3. Diseño del plan comunicacional

El proceso del diseño de la campaña comunicacional tuvo una duración promedio de 6 meses aproximadamente (enero de 2006), la cual tenía como objetivo cumplir los estándares de la planificación estratégica de una campaña comunicacional.

En este sentido, podemos describir las tres fases desarrolladas:

Fase A. Recopilación de lecciones aprendidas

Este proceso se inició con el reconocimiento e incorporación de algunos de los lineamientos generales descritos por la Organización Panamericana de la Salud para la intervención en comunicación y promoción de la salud. Entre los más destacados están las *sesiones informativas con los medios, mercadeo social, sensibilización con autoridades, involucramiento de líderes religiosos y empresariales y el desarrollo de talleres comunitarios*.⁷

En este contexto, se sugirió el levantamiento de las experiencias más recientes y positivas en el tema de Rubéola, tanto en el Perú como en América Latina. Ello, permitiría iniciar una propuesta en base a las lecciones aprendidas de anteriores intervenciones. Entre las

⁷ Plan de comunicaciones y promoción de salud. Área de información Pública. OPS, 2004

experiencias que se revisó destacan la que desarrolló nuestro país en el año 2004, así como las que realizó Bolivia, Nicaragua, y Paraguay.

En el caso peruano, la primera campaña masiva para la eliminación de la Rubéola estuvo dirigida a mujeres, con énfasis en adolescentes. Esta experiencia tiene como una de sus fortalezas el inicio de las alianzas con otros sectores y actores, además de los de salud.

Esta iniciativa permitió desarrollar acciones de promoción de la campaña en espacios poco utilizados como los supermercados, los gimnasios, las universidades. Este proceso se dio inicio también a las alianzas con el Grupo Wong, Golds Gym, consorcio de universidades, así como con empresas de servicios (Luz del Sur, Edelnor, Sedapal y Telefonica del Perú) al incluir mensajes en los recibos de consumo.

Esta experiencia fue incorporada como imprescindible a la hora de proponer las estrategias de promoción de la campaña del 2006.

En el caso de Bolivia, la propuesta comunicacional se centró en establecer estrategias diferenciadas por públicos priorizados, en las que se resaltan materiales y uso de canales según las características de cada uno de ellos.

Este país resaltó que una de las estrategias para asegurar el éxito de la intervención se basó en la incorporación de aspectos socioculturales en los productos comunicacionales y una intervención por escenarios. De esta manera, se aseguraba la identificación de la población con los mensajes. También, incluyó la participación de líderes de opinión, tanto políticos como sociales, como estrategia para lograr la atención de los públicos.

Por su parte Nicaragua combinó dos tipos de estrategias, una intervención comunicacional masiva, acompañada de estrategias comunitarias según escenarios de concentración poblacional como son las escuelas, centros de trabajos, entre otras.

Impulsaron la movilización de la población como parte de su derecho y responsabilidad en salud e hicieron uso, al igual que Bolivia, de los testimonios como estrategia para sensibilizar a la población.

Respecto a Paraguay, la intervención comunicacional se centro en el uso de los medios masivos y la movilización social como estrategias para prevenir la aparición de Síndrome de Rubéola Congénita.

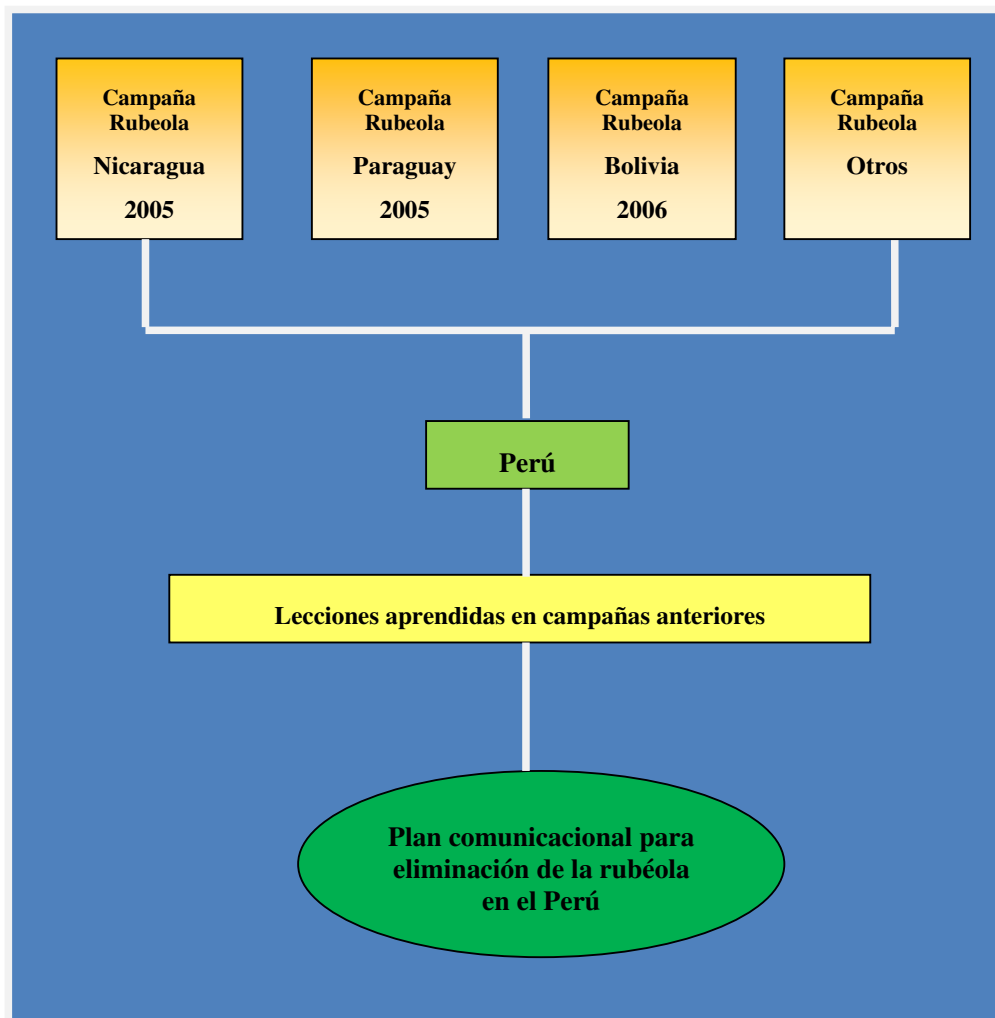
El uso de los medios de prensa también fue un factor importante porque la campaña, al igual que en el Perú, abarcaba a una población amplia

(hombres y mujeres de 5 a 39 años de edad). Para el logro de este objetivo el Comité Directivo Nacional agrupó las acciones de información, educación, comunicación y participación social como parte de las actividades de la Dirección General de Promoción de la Salud.

Esta fase permitió recopilar lecciones aprendidas de las diferentes intervenciones desarrolladas por nuestro país y por otros países vecinos en el tema de Rubéola. Ello, aseguró incorporar estrategias, actividades y productos comunicacionales de comprobada efectividad y que fueron adaptados a una realidad peruana.

También podemos resaltar que el plan comunicacional del MINSA, incorpora un estrecho trabajo con gobiernos locales y actores clave de otros sectores para asegurar la sostenibilidad de los procesos de información.

Cuadro No. 01
Esquema para la construcción de propuesta



Fase B: Diseño de la estrategia

Luego del análisis de las experiencias anteriores, la identificación del marco teórico y conceptual, la OGC inició el diseño de la propuesta del plan comunicacional para la eliminación de la Rubéola.

El plan comunicacional es el resultado de los siguientes pasos identificados en el proceso de la sistematización:

Paso 1: identificación de los públicos: Los públicos priorizados por la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones para la vacunación contra la Rubéola fueron varones y mujeres de 02 a 39 años de edad. Sin embargo, la OGC para una efectiva comunicación y sensibilización clasificó estas poblaciones para poder definir mejor sus mensajes. En este sentido, se priorizaron a **padres de familia** para llegar a niños menores de edad, **adolescentes y jóvenes** y, **adultos varones**, público de difícil acceso y no priorizado en anteriores campañas .

También, se resaltó como una prioridad a las **gestantes** o a las que sospechan de estarlo para informar que deberían postergar su vacunación hasta pasar el proceso de gestación.

La segmentación de los públicos estuvo dirigida a establecer mejores estrategias de sensibilización, para lo cual se programaron acciones según género, etapa de vida y escenarios donde éstos se desarrollan.

“Aplicar una dosis de vacuna SR a 19.8 millones de peruanos y peruanas entre 2 a 39 años en 5 semanas... siendo la primera fase “vacunación a población cautiva(...) está dirigida a las personas que se concentran en escuelas, colegios, centros laborales públicas o privadas formales o informales y sitios de concentración de población como terminales, mercados y otros”⁸

Paso 2: Selección de Mensajes Priorizados: En un segundo momento, luego de la segmentación de los públicos, el equipo de comunicaciones del MINSA desarrolló un árbol de mensajes general para priorizar los mensajes más relevantes para estos públicos. Para ello, contó con el apoyo técnico de la ESN de Inmunizaciones, quienes otorgaron los temas que se deberían trabajar.

En este proceso, se determinó como mensaje principal de la campaña, ***la Rubéola ocasiona ceguera, sordera y retardo mental en los niños recién nacidos***. Este mensaje se trabajaría en todos los materiales de comunicación como el mensaje principal, pero el cual debería estar acompañado de mensajes secundarios, ***vacunación oportuna para evitar la transmisión de la enfermedad, las mujeres gestantes deben evitar la enfermedad con la vacuna, entre otros***.

⁸ http://www.minsa.gob.pe/portal/Especiales/2006/rubeola/plan_accion.asp

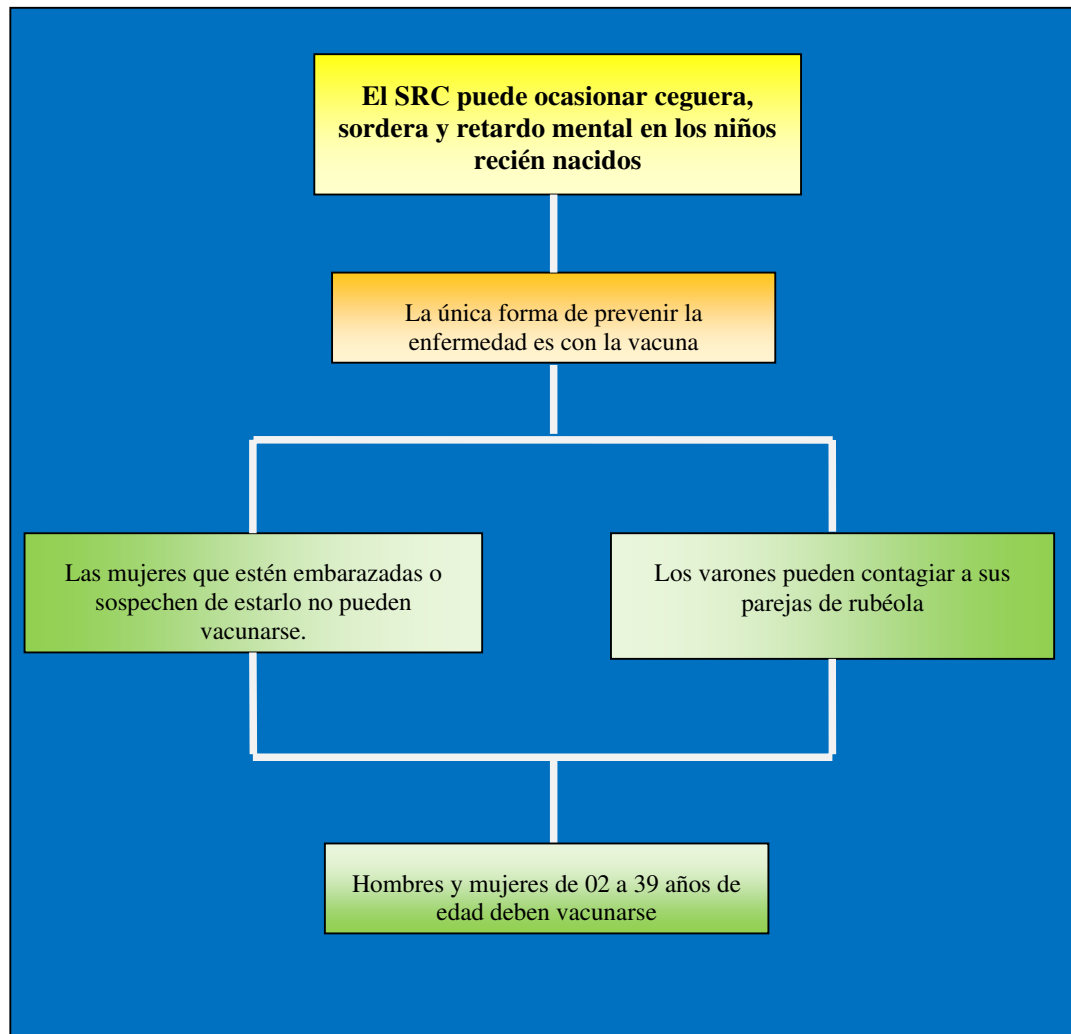
“El rol de la estrategia sanitaria de inmunizaciones fue dotar de información técnica oportuna para el diseño de las estrategias y productos de comunicación, así como lograr asignación financiera de las agencias de cooperación para la campaña”. Raúl Choque

El tono comunicacional empleado en los mensajes en todos los casos apelaba a la sensibilidad de los adultos para evitar nacimientos con síndrome de rubéola congénita. En el caso de los jóvenes a la responsabilidad de aplicarse la vacuna.

*(...) la información que todos reciben debe ser unificada, clara y efectiva para que la gente que tiene que vacunarse esté dispuesta aceptar ser vacunada. Los mensajes deben adecuarse a los grupos de población que cubrirá la campaña: infantes, escolares, jóvenes y adultos jóvenes. Así como madres y padres de familia y profesores (...) los mensajes deberán tener en cuenta las condiciones y cultura propia de cada región y/o localidad”.*⁹

⁹ http://www.minsa.gob.pe/portal/Especiales/2006/rubeola/plan_accion.asp

Cuadro No. 02
Mapa de Mensajes



Paso 3: Diseño de la estrategia: La propuesta comunicacional contempla tres fechas importantes para la implementación de la campaña: anuncio (lanzamiento de la campaña por el Presidente de la República), el Día Nacional de la vacunación, vacunación casa por casa (sostenibilidad), y la llamada “última oportunidad” para vacunar en la última semana (cierre de campaña).

“Los puntos fuerte (de la planificación) son tener claro el objetivo comunicacional, el público objetivo, el mensaje y los recursos necesarios para la implementación del plan”. Raúl Choque, ex Director de la Oficina de Comunicación Social

En este sentido, se diseñó una matriz que agrupaba estrategias y acciones según públicos, el cual contribuyó al desarrollo de las futuras líneas estratégicas del plan comunicacional nacional.

Cuadro No. 03
Esquema de estrategias según públicos

Público Objetivo	Estrategias	Acciones	Medios de comunicación	Espacios

El diseño de las líneas estratégicas tomó en cuenta los diferentes niveles del MINSA, nacional, regional y local.

Sensibilizar permanentemente a la población, a través del uso de medios masivos y alternativos en lugares donde la población vive, estudia, trabaja o se divierte. La propuesta de sensibilización contempló escenarios según grupos etáreos: jóvenes y adultos, hombres y mujeres.

El énfasis se dio en dos grupos muy importantes, en las mujeres en edad reproductiva relacionada con el síndrome de rubéola congénita y, por el otro lado, lograr convencer y comunicar a la población masculina adulta sobre la importancia de su participación, ya que por primera vez se les incluía como población priorizada en una campaña de vacunación.

Para ello, la propuesta informativa combinó una serie de medios y productos de comunicación, tanto convencionales y alternativos. Con ello se pretendía mantener a la población informada de manera permanente.

Entre los medios masivos se contó con las piezas audiovisuales (radio y tv), los impresos (afiches, folletos, volantes, banner, paneles) y medios electrónicos (páginas web, correos electrónicos).

También, se utilizó a la prensa como medio efectivo para colocar el tema en agenda pública y política, para lo cual se emitió permanentemente notas de prensa y se colocaron entrevistas con los voceros en los distintos medios de comunicación nacional y regional. Además, se formalizó y entrenó al comité de crisis, encargado de absolver los requerimientos de información de los medios ante cualquier denuncia o evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI)

La inclusión de las nuevas tecnologías también fue resaltada en el plan comunicacional. Se propuso el uso de los correos electrónicos institucionales para mandar mensajes clave sobre el tema, se colocaron banners publicitarios y vínculos a la página web de la campaña en las páginas web de las instituciones aliadas públicas y privadas por el lapso que ésta duró.

La propuesta de difusión a través de medios alternativos como el perifoneo callejero, los altoparlantes en mercados, supermercados, gimnasios o el uso de periódicos murales en establecimientos de congregación de la población que no fueran del sector salud, contemplaba llegar a un número más importante de la población. También se impulsó el desarrollo de animaciones socioculturales en todos los eventos masivos, como estrategia para involucrar a la población organizada y sensibilizar a la población general.

Generar acciones de abogacía, la propuesta comunicacional hizo énfasis en el involucramiento de una serie de actores y sectores que contribuyeran en la implementación de la campaña. Ello permitiría generar apoyo técnico y financiero a las acciones de comunicación, lo cual contribuiría a la sostenibilidad de la propuesta.

En este marco, se logró la participación de diferentes personajes públicos como voceros y rostros de la campaña. Asimismo, el plan promovía el involucramiento de empresas privadas y del Estado para el apoyo financiero o la difusión de los mensajes clave, a través de los spots producidos o la distribución de folletería. La estrategia se circunscribió en la responsabilidad social de las empresas públicas y de la obligación social como Estado. Se promovió el trabajo con bancos, supermercados, empresas de servicios, gimnasios, canales y programas de televisión, entre otros para el proceso de difusión en sus propios medios internos.

En el nivel local, se promovió la participación activa de los escolares (periodistas escolares, alcaldes escolares) y de las organizaciones de mujeres (clubes de madres, vasos de leche, comedores populares) para contribuir con la propagación de la campaña a niveles locales.

En los niveles regionales, se solicitó desarrollar talleres con periodistas y locutores de radio como estrategia para incluir el tema en los medios de comunicación. En todos estos casos se les hizo llegar cartillas informativas con las principales preguntas y respuestas respecto al tema de campaña de vacunación.

Promover la participación de la ciudadanía, se planteó que la población participe activamente en el proceso de difusión de la campañas, así como de sus mensajes básicos.

Para ello, el plan contemplaba impulsaba actividades públicas como festivales, caravanas o conciertos, en las que se destacaba la participación de las diferentes organizaciones de la sociedad civil. También se promovían concursos para públicos específicos como el de periodistas donde se realizó una convocatoria para el “mejor reportaje o artículo sobre la rubéola”. Además de, historietas lemas o murales dirigido a escolares entre colegios.

Cabe resaltar que una de las acciones que también se impulsaba ingresar al campeonato de fútbol nacional. En estos espacios se pretendía distribuir material impreso y convencer a los clubes que los jugadores se coloquen los polos de la campaña, al interior de sus camisetas oficiales.

Esta estrategia fue la base para garantizar el involucramiento de las diferentes organizaciones y cuyo objetivo principal fue buscar movilizar a la población, con énfasis en el público masculino a través de la promoción de actividades educativo – comunicacionales. Estas estrategias debían ser coordinada conjuntamente con la Dirección de Promoción de la Salud del MINSA que tiene a su cargo el relacionamiento con este tipo de organizaciones comunitarias.

*Se debe garantizar que la comunidad organizada en sus diferentes modalidades, participe activamente durante todo el proceso de la campaña (...) Los miembros de la comunidad además actuarán como sensibilizadores, canalizadores y demandantes de vacunación.*¹⁰

En este aspecto se propuso desarrollar por lo menos tres reuniones clave:

- La primera con las Agencia de Cooperación y con las Organizaciones No Gubernamentales que trabajan el tema de infancia con el objetivo de conseguir el apoyo financiero para la reproducción y distribución de los productos de comunicación.
- La segunda dirigida a las empresas de servicios más importantes del país, SEDAPAL, Luz del Sur, EDELNOR, SERPOST, con el objetivo de hacer uso de los medios de comunicación con que

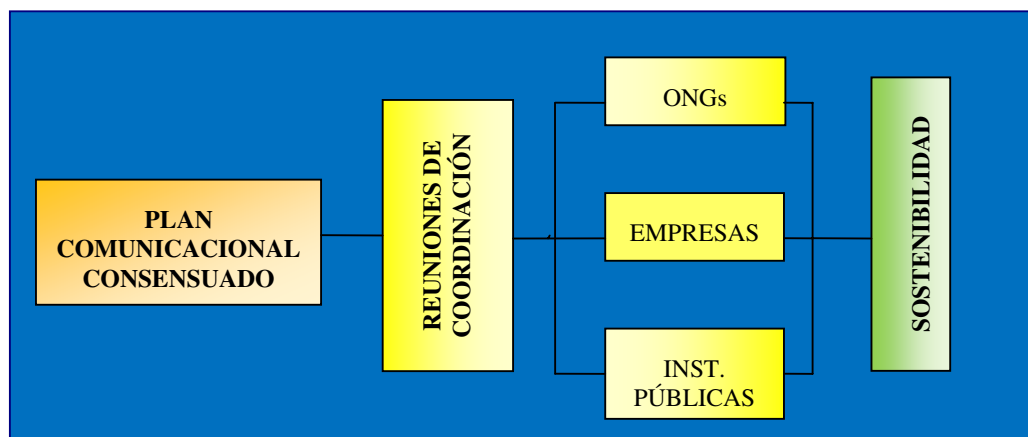
¹⁰ Plan de Acción de la Campaña SRC. ESNI, MINSA 2006 (Promoción Social y Participación Comunitaria)

cuentan (circuitos cerrados, perifoneo, email, portales, paneles internos, otros) para la difusión de los mensajes priorizados.

- Finalmente, una reunión con los propietarios de los medios de comunicación para lograr una franja gratuita dirigida a promocionar la campaña de vacunación.

“Es necesario convocar la participación de otros sectores y la generación de alianzas que (...) para apoyar la difusión masiva de la información sobre la campaña (...) y a las estrategias de la campaña de vacunación, para ganar su apoyo y comprometer su participación a favor de que la población se vacune”.¹¹

Cuadro No. 04
Esquema para la Sostenibilidad de la Intervención



¹¹ Plan de Acción de la Campaña SRC 2006. ESNI, MINSA (Comunicación y Movilización Social)

Cada una de estas líneas estratégicas contó con una serie de actividades, las mismas que fueron agrupadas en 4 resultados generales para facilitar la evaluación final de la intervención.

Resultado A: Población General informada sobre los beneficios de la vacunación oportuna.

Resultado B: Periodistas informados sobre la Rubéola, los beneficios de la vacunación e importancia de la difusión oportuna.

Resultado C: Líderes de Opinión involucrados y comprometidos en la difusión de la campaña.

Resultado D: Instituciones Públicas y privadas comprometidas en el apoyo técnico y financiero de las acciones de comunicación.

A continuación se presenta un modelo de las actividades según resultados.

RESULTADO C: POBLACION DE JOVENES Y ADULTOS JOVENES MOTIVADOS PARA LA VACUNACIÓN																		
		CRONOGRAMA																
Nº	ACTIVIDADES:	PRE									DURANTE				POST			
		JULIO			AGOSTO			SETIEMBRE			OCTUBRE				NOVIEMBRE			
1	Elaboración de materiales impresos: Afiches, historietas, stickers, volantes.																	
2	Distribución de materiales a redes y micro redes																	
3	Elaboración de spot de tv y audio con personajes reconocidos a nivel local y nacional.																	
4	Elaboración de cuña radial con música reguetón.																	
6	Difusión de spots de Tv y cuña radial en medios masivos y locales.																	
8	Concurso de historieta, afiches, lemas con escolares, estudiantes universitarios.																	
7	Peasecillos juveniles, de institutos, colegios.																	
8	Charlas educativas, sociodramas y teatro callejero en instituciones educativas.																	

Estrategias complementarias, las cuales contribuirían a la operatividad de los lineamientos del plan: identificación personalidades imagen de la campaña, una propuesta de difusión a través de los servicios de INFOSALUD y el portal MINSA, así como una estrategia particular para el manejo de crisis.

- **Identificación de la imagen de campaña**

En este punto, se estableció como prioridad desarrollar un mapa de actores para determinar quienes podrían convertirse voceros sociales de la campaña, ya que los voceros técnicos oficiales iban a ser los responsables de la ESN de inmunizaciones del MINSA y de la OPS. Sin embargo, para el plano político los voceros serían el Ministro de Salud y en el caso de las Direcciones de Salud, el Director General.

Es así que se desarrolló, entre el equipo técnico de la Oficina Ejecutiva de Comunicación Social y la de Imagen Institucional, un mapa de actores con la finalidad de establecer quiénes podrían ser los artistas o personajes públicos imagen de la campaña de vacunación. Los criterios de elección se basó en la popularidad y arraigo entre la población objetivo.

Se desarrolló un directorio con los personajes más importantes y de gran sensibilidad social, ya que por primera vez no se les iba a limitar a ser la

imagen del afiche o del spot, sino que deberían participar más activamente en la implementación de la campaña. Es decir, salir a espacios de concentración de la población (centros comerciales, centros de diversión y entretenimiento, campos deportivos) promocionando la campaña, especialmente en la etapa intermedia de la intervención de la vacunación.

En este punto se planteó como reconocimiento a su participación activa un agradecimiento público y una distinción especial por parte del Ministerio de Salud.

Entre los más importantes podemos resaltar: Dina Paucar, Ruth Karina, Ana Karina Copello, Julie Freund, Los Doctores Bola Roja, Harold Forsyth, Raúl Romero, entre otros.

De este grupo importante, se eligieron algunos personajes que participarían en los spots, para varones estuvieron los futbolistas y para mujeres, Dina Paucar y Raúl Romero. Así mismo, para los jóvenes participaron Carlos Carlin y Johanna San Miguel.

Este ejercicio de Mapa de Actores se volvió a desarrollar con los responsables de comunicación de las Direcciones de Salud de país, con la finalidad de validar a los personajes e incluir nuevos de mayor

reconocimiento en las regiones. Además identificar aquellos que son propios de la zona.

- **Estrategias a través del portal MINSA e INFOSALUD**

Se programó para que el portal MINSA se convierta en un espacio de información de la campaña. Por un lado, se incluían todos los diseños de los materiales informativos para su adaptación local por parte de la Red de comunicadores del país. También, en un espacio para informar sobre el avance de la vacunación, a través de la página interna de prensa o el vacúmetro, número de vacunados a nivel nacional y por regiones.

Se incluyó al Sistema Público de Orientación y Consejería, Infosalud, que cuenta con la línea 0800 10828 y correo electrónico infosalud@minsa.gob.pe¹² como un medio para medir el impacto de la campaña mediática, ya que en todos los materiales y notas de prensa se incluyeron el número telefónico para que la población cuente con un medio para mayor información sobre el tema.

- **Estrategias para el manejo de crisis**

Un punto importante en el diseño de la estrategia, fue el incluir el desarrollo de un plan para el manejo de crisis, para lo cual se

¹² Infosalud es el servicio de consultas telefónicas del Ministerio de Salud, al cual la población puede llamar de un teléfono público o particular y hacer consultas sobre el tema de salud.

establecieron los pasos a seguir cuando se presente una eventualidad que podría ser perjudicial para la campaña de vacunación.

En ella se resaltaba una red de voceros institucional que debía salir al frente, teniendo en cuenta la magnitud del problema. Para ello, serían capacitados e informados permanentemente sobre el avance de la campaña. La responsabilidad del diseño de esta estrategia recayó en la Oficina Ejecutiva de Prensa de la Oficina General de Comunicaciones del MINSA

Paso 4: Diseño de *Piezas comunicacionales*

Para el diseño de las piezas de comunicación se tomó en cuenta la priorización de los mensajes básicos de la campaña, así como el público al que estaría dirigida el material comunicacional.

En primera instancia se planteó desarrollar piezas gráficas dirigidas a sensibilizar e involucrar a actores clave de la sociedad, con lo cual se buscaba el compromiso en la etapa de implementación. Se propuso el diseño de carpetas informativas sobre el impacto de la rubéola a nivel social, económico y político.

Las piezas comunicacionales para la población estuvo limitado según el medio a utilizar: los spots de radio y TV para generar opinión pública

favorable y socializar la importancia de la vacunación oportuna. Los medios de soporte como los folletos y afiches, así como los medios electrónicos (correos instituciones, páginas web, msm) para ampliar la información de los beneficios de la vacunación.

Cabe precisar que también se promovió el uso de otros medios de comunicación alternativo, específicamente en la capital, entre ellos tenemos paneles publicitarios, banner en centros comerciales y paneles en buses. Con ello, se buscaba recordar a la población la importancia de la vacunación, así como las fechas de la campaña.

Para el priorización de las piezas y su utilización según el momento de la campaña, se diseño una matriz para ordenar los materiales según los públicos.

Cuadro No. 05
Matriz para ubicar piezas comunicacionales según públicos

Medio	Formato	Público	Etapas o momentos
Interpersonal	Cartillas de abogacía	Decisores Líderes de opinión Medios de comunicación	I
Interpersonal	Folletos Afiches Libretas Polos Chalecos Libretas de apuntes Lapiceros	Población concentrada	II
Masivos	Spot de radio Spot de television Notas de Prensa Sticker Link de campañas Buses publicitarios Paneles publicitarios	Población en general	III

Paso 5. Evaluación de la Campaña

Para establecer el desempeño de la campaña comunicacional se establecieron tres variables de medición:

- Eficiencia: si se han empleado los recursos financieros y logísticos de manera adecuada.
- Pertinencia: si se han cumplido las acciones programadas en los planes.
- Sostenibilidad: si las acciones que se realizan (de incidencia política y advocacy con decisores, comunicadores y otros actores.

Los siguientes son indicadores cuantitativos que se han establecido en la matriz de monitoreo para medir el avance de la campaña comunicacional:

de piezas comunicacionales diseñadas

de spots producidos

de reuniones de sensibilización desarrolladas

de medios de comunicación que difunden los spots por abogacía

de alianzas estratégicas con instituciones públicas y privadas.

de presentaciones de animación sociocultural.

Respecto a los indicadores cualitativos de evaluación se han identificado los siguientes del cuestionario de sondeo rápido.

de personas que conocen qué es la rubéola

de personas que saben como se transmite la enfermedad.

de personas que recuerdan las formas de prevención de la Rubéola.

de personas que se enteraron de la campaña.

Fase C. Validación de la propuesta

Durante el proceso de diseño de la propuesta comunicacional del nivel nacional, la OGC, en coordinación con la ESN de Inmunizaciones, desarrollaron una serie de reuniones técnicas con los responsables de comunicaciones del nivel regional para validar la iniciativa e incorporar observaciones y sugerencias que fortalezca la propuesta nacional..

(... las reuniones con los comunicadores) fueron fundamental para validar la propuesta e incorporar nuevos elementos, además que permitió legitimar esta iniciativa y promover una planificación con ellos por macroregiones. Raúl Choque.

Las primeras reuniones, impulsadas por la ESNI y financiadas por la OPS, se realizaron por macroregiones, la cual tuvo como objetivo socializar los lineamientos de la propuesta e incorporar estrategias o acciones vinculantes a los niveles regionales.

Posteriormente, se realizaron asistencias técnicas regionales, cuyo objetivo fue determinar nuevas estrategias para fortalecer la propuesta funcionaban, así como promover planes regionales, como resultado de del proceso de adaptación del documento del MINSA.

Luego se continuó con una reunión nacional, desarrollado en Lima, donde cada componente del plan general vacunación, debía aportar al

plan nacional y desarrollar matrices donde se evidenciarán las metas de cada una de las actividades.

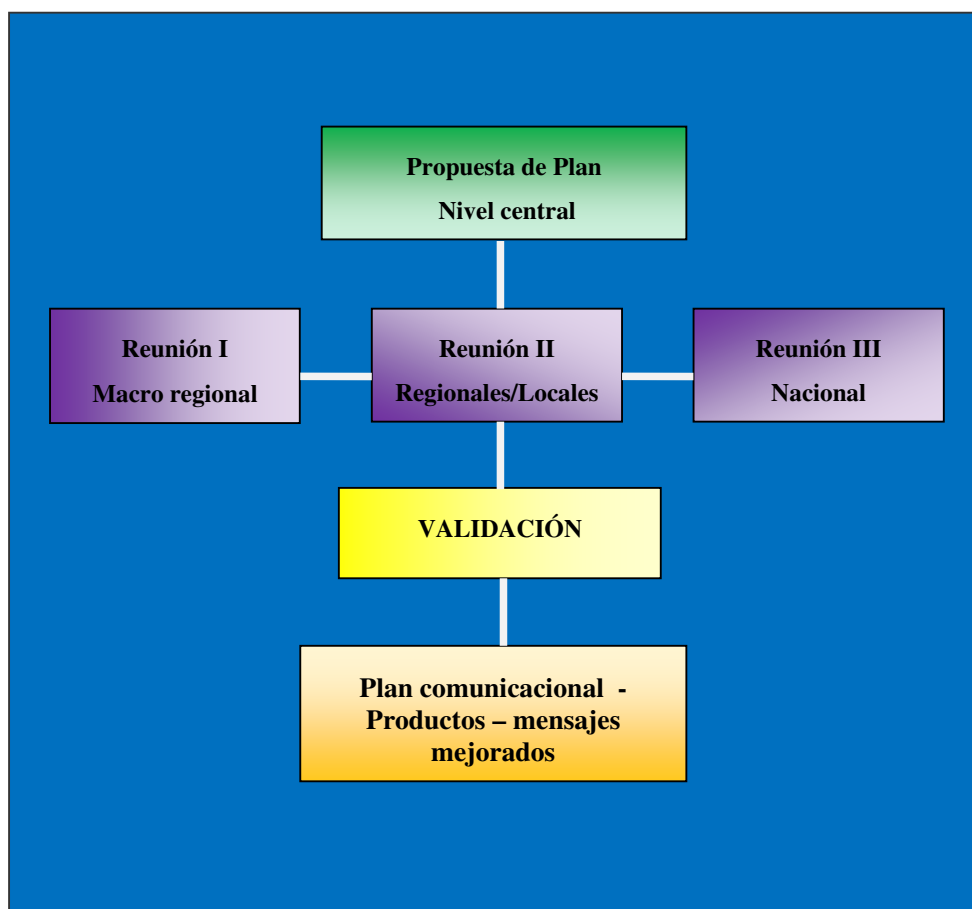
Por su parte la OGC, desarrolló una reunión final con la red de comunicadores del MINSA para validar el plan y diseñar algunos productos de comunicación como son guiones para presentaciones teatrales, radio y televisión, con características regionales. Asimismo, se desarrollaron y aplicaron matrices para la identificación de voceros sociales por cada región y otras del nivel nacional (Mapa de Actores), pero de aceptación regional.

Además, se aplicaron matrices relacionados a determinar la Agenda Dominante en las regiones y cuáles serían las respuestas para incluir el tema de vacunación en la opinión pública (Agenda Emergente).

En este contexto, se diseñaron las herramientas de monitoreo, el cual se centraría en el levantamiento de todas las acciones de comunicación que se desarrollarían en el marco de la vacunación.

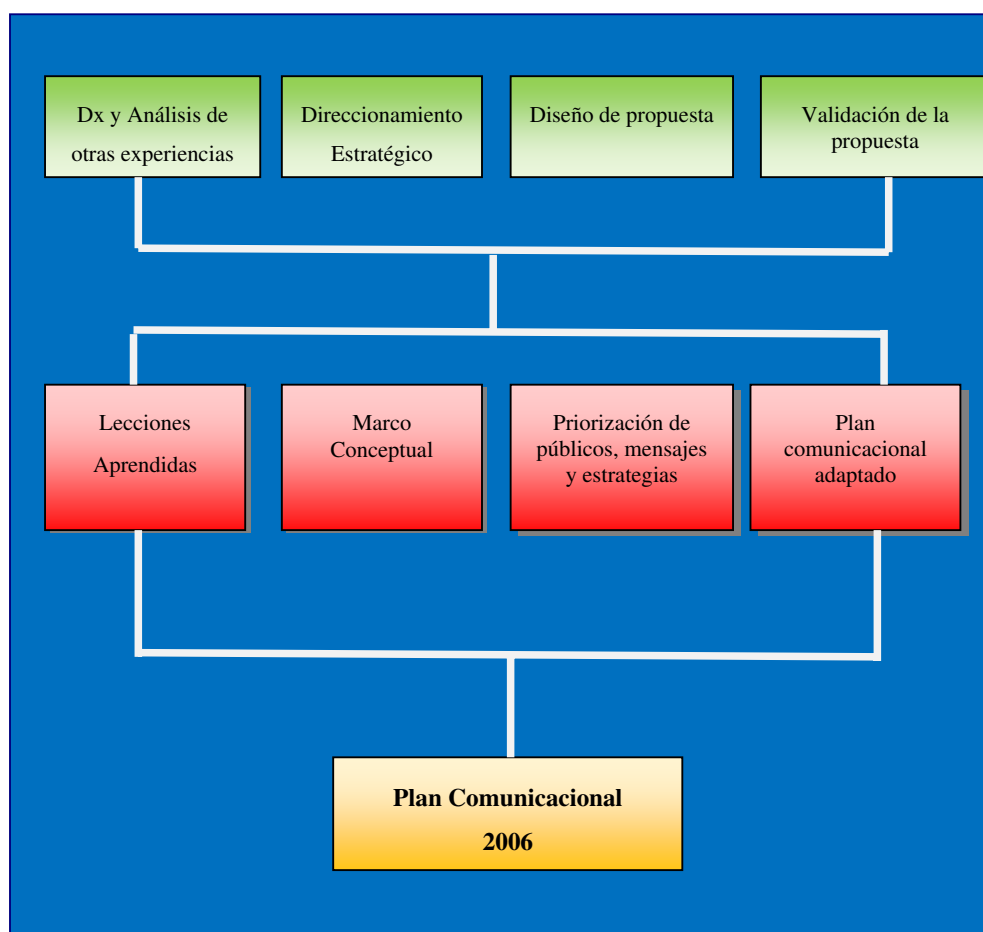
Las nuevas herramientas diseñadas fueron incorporadas al plan de vacunas en las agendas públicas locales.

Cuadro No. 06
Esquema de Plan Comunicacional Consensuado



A continuación se presenta un gráfico que detalla el proceso general de diseño del plan comunicación utilizado por la OGC para la campaña de vacunación para la eliminación de la Rubéola.

Cuadro No. 07
Esquema del Proceso del diseño del Plan Comunicacional



7.4 Gestión

Para garantizar el proceso de diseño del plan comunicacional para la eliminación de la Rubéola del MINSA, se contempló una serie de acciones previas y paralelas vinculadas a la gestión técnico-administrativo, la cual debía garantizar la implementación del componente de manera efectiva.

En este sentido, se resalta:

a. Recursos Financieros

Para asegurar la implementación de las acciones programadas en el plan comunicacional de la campaña de vacunación, la Oficina General de Comunicaciones, en coordinación estrecha con la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones, establecieron una alianza con la Organización Panamericana de la Salud, quien se comprometió a brindar apoyo técnico y financiero a las acciones de comunicación en todo su proceso. El monto aproximado establecido por la OPS fue de 500 mil nuevos soles, el mismo que permitió cubrir los gastos de impresión y distribución de los productos comunicacionales diseñados en este marco.

Así mismo, la OGC designó más de 400 mil nuevos soles para distribuir fondos durante los meses de agosto a noviembre a las Direcciones de Salud del país para desarrollar las acciones programadas en el plan. Las actividades que contaban con presupuesto por el nivel central fueron:

reuniones de sensibilización, impresión de materiales, difusión local, animaciones socioculturales y supervisión local.

También se presupuestó fondos para la producción de los spots de radio y televisión (35 mil nuevos soles), además de 450 mil nuevos soles aproximadamente para la difusión de los mismos, en medios de señal abierta y de alcance nacional.

b. Administrativos y legales

En este punto, se recopiló información sobre normativas legales que restringían el normal desarrollo de las actividades de comunicación.

Es por ello, que en el instructivo de la OGC que operativiza las acciones según componentes de comunicación y presupuesto, se resaltan indicaciones operativas como la solicitud de autorización para la impresión y distribución de material comunicacional. Este ítem se insertó en el documento como un proceso a respetar, ya que el Organismo Nacional de Procesos Electorales ONPE, así lo exigía. El objetivo era evitar que los recursos y materiales se desvíen a la campaña electoral del mes de noviembre.

Así mismo, se coordinó con la oficina de Asesoría jurídica la interpretación de la norma que impedía la impresión a color en las

instituciones públicas. Con esta interpretación se logró que los materiales de comunicación se desarrollen a color.

c. Técnico

Monitoreo de actividades

El diseño del plan comunicacional contempló el monitoreo de las acciones para una evaluación final de la intervención. En este sentido se diseñó una matriz, la cual levantaba las actividades según variables (material impreso, difusión local, animaciones socioculturales, supervisión, etc).

Sin embargo, para facilitar la supervisión de las actividades se designó a un representante de las tres áreas que contaba la OGC MINSA. Un representante de Imagen Institucional, uno de Prensa y uno de Comunicación Social, cada uno de estos técnicos eran responsables del seguimiento, además de sugerir acciones relacionadas a sus áreas en las diferentes Direcciones de Salud del país.

Sondeo rápido

Para medir el desarrollo de la implementación, el diseño de la propuesta contemplo la aplicación de un sondeo rápido entre la población para determinar el grado de posicionamiento de los mensajes priorizados en la campaña. Este cuestionario se aplicaría a mitad de la implementación

de la campaña, con la finalidad de incorporar nuevas acciones a sugerencia y aceptación de la población.

Asistencia técnica

Así mismo, se contempló visitas a las Direcciones de Salud del país para supervisar las acciones y brindar asistencia. Ello permitiría fortalecer las acciones en el nivel regional e implementar una campaña corporativa, respetando los matices propios de cada región. Estas visitas se programaron en coordinación con la Dirección General de Promoción de la Salud.

Cuadro No. 08
Cronograma de visitas a las Direcciones de Salud del País

ORGANIZACIÓN		
DISA / DIRESAS	FECHAS	SUPERVISORES
Lambayeque – La Libertad	21 al 26 de agosto	Comunicaciones
Cajamarca I y Cajamarca II – Chota	21 al 26 de agosto	Comunicaciones Promoción
Puno y Madre de Dios	28 al 02 de agosto/ setiembre	Comunicaciones Promoción
Ucayali - Loreto	28 al 02 de agosto/ setiembre	Comunicaciones
Apurimac I- Abancay	27 y 30 de agosto	Promoción
Tacna y Moquegua	4 al 9 de setiembre	Comunicaciones Promoción
Pasco y Huanuco	4 al 9 de setiembre	Comunicaciones
Bagua	6 al 9 de setiembre	Promoción
Ica	6 y 8 de setiembre	Promoción
Arequipa y Cusco	11 al 16 de setiembre	Comunicaciones Promoción
LIMA (*)	1ra semana de Setiembre (**)	Promoción
Lima Sur (*)	1ra semana de Setiembre (**)	Promoción
Lima Este (*)	1ra semana de Setiembre (**)	Promoción
Lima Ciudad (*)	1ra semana de Setiembre (**)	Promoción
Callao (*)	1ra semana de Setiembre (**)	Promoción
EJECUCIÓN		
Tumbes –Piura	9 al 14 de octubre	Comunicaciones
Junín – Ayacucho	23 al 27 de octubre	Comunicaciones
Total: 25 DISAS y DIRESAS		

CAPÍTULO 8
ASPECTOS CENTRALES

8. ASPECTOS CENTRALES

La propuesta comunicacional desarrollada por la Oficina General de Comunicaciones del MINSA, se basa en los siguientes aspectos generales:

- Enfoque estratégico para garantizar un proceso planificado, coordinado y consensuado de las acciones de comunicación.
- Incorpora herramientas del mercadeo social o marketing en salud para promocionar la campaña y la importancia de la vacunación entre la población.
- También, siguió los lineamientos descrito en la Directiva de la OGC del 2006, en la cual se propone ciertos lineamientos establecidos por el MINSA en el diseño de una campaña de comunicación en salud.
- La propuesta contemplo la validación a través de consultas y reuniones con expertos, lo cual garantizó el involucramiento de actores clave en la etapa de implementación.

Estas acciones contribuyeron a generar legitimidad de los responsables centrales de la campaña y la identificación con la propuesta, por parte de los equipos operativos.

8.1 Tipos de Problemas

El contexto socio político del país del 2006 limitó y en algunos casos, retrasó el proceso de diseño de la propuesta comunicacional para la eliminación de la Rubéola. De ese contexto podemos extraer dos puntos:

- El proceso electoral, presidencial y municipal, que generó la atención y priorización de la clase política, así como de las autoridades de los diferentes niveles del Gobierno.
- La incertidumbre de los funcionarios con poder de decisión del sector se hizo evidente, ante los cambios en el Gobierno Central y del sector.

b. Fortalezas y Debilidades

Fortalezas

El proceso de diseño permitió evidenciar la importancia de dos aspectos muy relevantes para el cumplimiento de los proceso de diseño:

- La importancia de contar con comunicadores sociales, con experiencia en salud y en la administración pública, lo cual facilitó el proceso de planeamiento y coordinación del nivel central.
- El respaldo al componente comunicacional como un medio efectivo para la sensibilización de la población, promoción de la

participación ciudadana, involucramientos de actores clave para la generación de opinión favorable al tema de vacunas.

Diseño de una propuesta de plan comunicacional con la participación de los distintos técnicos de las Oficinas Ejecutivas de la OGC del MINSA, aporte de los responsables de comunicaciones de las Direcciones de Salud y asesoría de las oficinas técnicas en inmunizaciones del MINSA y la OPS.

Desarrollar un plan comunicacional que incorporó estrategias y acciones según escenarios, siguiendo el enfoque de promoción de salud, el cual permitió una intervención más focalizada y cercana a la realidad donde la población vive, trabaja o se divierte.

Una propuesta que incorpora e impulsa la participación del sector privado, a través del apoyo financiero, logístico y en la difusión de los mensajes clave en el proceso de implementación como parte de su responsabilidad social. También, de actores clave como personalidades de la política, TV y el deporte como imagen de la campaña comunicacional.

La propuesta de plan incorporó una serie de herramientas de monitoreo y evaluación para el proceso de implementación (matriz

de monitoreo según variables de comunicación y cuestionario de sondeo rápido), los cuales permitirían observar el avance y proceso de la implementación. También, se incluyó al sistema de Infosalud como medio para medir el impacto de la campaña (número de llamadas recibidas).

También, acciones de asistencia técnica permanente a las regiones del país con la finalidad contribuir al proceso de planificación del plan comunicacional regional.

La propuesta se desarrolló en base a consultas a expertos y validación con los equipos de comunicaciones de las Direcciones de Salud, para lo cual se desarrollaron reuniones técnicas previas. Con ello, se logró unificar criterios generales para las adaptaciones regionales.

Debilidades

La debilidad más importante del proceso de diseño de la propuesta fue la referida a los contenidos o mensajes básicos. De este proceso se puede mencionar los siguientes:

- No validar para la construcción de los mensajes básicos el mensaje que la vacuna para la rubéola también contenía la dosis para el sarampión.
- Tampoco advertir a la población, específicamente a los seropositivos y a las personas que reciben quimioterapia, que no pueden acceder a la vacuna para evitar cualquier reacción adversa.

Asimismo, el enfoque intercultural, a pesar de estar descrito en el documento para su adaptación local, fue limitado a la hora de desarrollar las piezas comunicacionales del nivel nacional.

c. Desaciertos producidos

No priorizar a los actores sociales (artistas, futbolistas, políticos) como imagen de algún grupo etéreo. Demasiados rostros no permitieron identificar a la imagen de la campaña de vacunación.

No incluir en los materiales de comunicación que la vacuna también era para el sarampión y en un inicio, advertir a los que no podían vacunarse (personas que reciben quimioterapia y personas seropositivas).

d. Innovaciones efectuadas

Desarrollar reuniones previas de coordinaciones con los niveles regionales para validar la propuesta comunicacional del nivel nacional y diseñar productos de comunicación para el nivel regional.

El proceso de diseño incorporó una serie de herramientas y técnicas de la planificación, proyectos de desarrollo y mercadeo social (segmentación de audiencias, mapa de actores, agenda dominante y emergente, matriz según metas, otros), con la finalidad de desarrollar una propuesta más real.

Impulsar estrategias regionales, adaptaciones del nivel nacional, guiones, piezas y actores sociales clave- imagen de la campaña por regiones, resultado de las reuniones de coordinación con los comunicadores de las Direcciones de Salud.

Desarrollar un sistema de monitoreo de las acciones de comunicación y un cuestionario para medir el avance de la implementación de la campaña.

Desarrollo de alianzas estratégicas con instituciones públicas y privadas para el apoyo en la difusión de los mensajes y financiamiento para el proceso de implementación de la campaña.

CONCLUSIONES Y APORTES

CONCLUSIONES Y APORTES

La experiencia de sistematización busca evidenciar, en primer termino, dos aspectos centrales del proceso de planificación:

A. El contar con un equipo de profesionales de la comunicación, especializados en salud, con experiencia en la administración pública y con capacidades para el diálogo, la negociación y la lectura de la realidad social, garantizó la calidad del proceso de la planificación estratégica relacionada a la construcción de la campaña de vacunación.

B. El respaldo de los funcionarios del sector y representantes de agencias cooperantes a la comunicación como un componente político, técnico y metodológico que contribuye a generar procesos sociales (sensibilización, incidencia y alianzas) para el posicionamiento de los discursos que promueven prácticas saludables entre la población fue básico para el diseño de la propuesta de la campaña para la eliminación de la rubéola 2006.

En este sentido, podemos describir el aporte de la experiencia en las siguientes variables.

- ***Teórico – conceptuales***

La experiencia nos lleva a fortalecer la importancia de incorporar los criterios del enfoque estratégico de la comunicación en salud como el marco efectivo para la construcción de procesos de manera planificada, coordinada y consensuada.

Así mismo, la efectividad de incorporación herramientas del marketing en salud, la cual permitió la construcción de estrategias que posicionen los mensajes, a través de productos que responden a las preferencias de la población.

También, la importancia de hacer uso del enfoque de promoción de la salud, nos permitió una intervención coordinada en escenarios (escuelas, universidades, centros de trabajo, otros) y de involucramiento con decisores y otros actores clave, como parte de su corresponsabilidad social en el tema.

- ***Metodológicas***

Organización: El diseño de la propuesta comunicacional estuvo a cargo de una sub comisión, integrada por las Oficinas Ejecutivas de Prensa, Imagen Institucional y Comunicación Social. Ello permitió incorporar estrategias y actividades de los diferentes componentes de la comunicación, además de generar responsabilidades en la etapa de planificación e implementación.

Planificación: Iniciar el proceso de planificación con los criterios básicos como el levantamiento de información relacionada a las experiencias de nuestro país en el tema de vacunas, así como las que se desarrollaron por otros países de América Latina, permitió partir con una base de lecciones aprendidas.

Se consideró prioritario desarrollar reuniones descentralizadas y nacionales para realizar consultas y validar la propuesta de plan desarrollado por la OGC MINSA, la cual permitió incluir opiniones y sugerencias, en un marco de participación y consenso de una propuesta nacional.

Esta iniciativa permitió legitimar la propuesta nacional e incentivar el protagonismo de los comunicadores regionales para el diseño de una propuesta regional, teniendo como base los lineamientos generales del nivel nacional y la incorporación de las lecciones aprendidas nacionales.

Comunicación: El diseño del instructivo, el cual tenía como objetivo operativizar lo planificado en el plan, así como especificar algunas actividades y productos, logró el desarrollo de una propuesta regional homogénea suscrita por el nivel nacional.

A nivel comunicacional se determinó que para el éxito de la campaña nacional, ésta debía ser prioridad mediática del Ministerio de Salud, por lo cual se coordinó con las demás estrategias sanitarias nacionales que de tener

efemérides o campañas programadas, éstas se acoplarían a la campaña de vacunación para darle sostenibilidad al tema

- ***Técnico - instrumental***

Incorporar herramientas y técnicas de la planificación, proyectos de desarrollo y mercadeo social (segmentación de audiencias, mapa de actores, agenda dominante y emergente, matriz según metas, otros), permitió contar con una propuesta comunicacional más cercana a la realidad y necesidades de la intervención.

También, se evidenció la importancia que el plan comunicacional especifique aspectos de monitoreo y evaluación para el proceso de implementación (matriz de monitoreo según variables de comunicación y cuestionario de sondeo rápido), los cuales permitirían observar los avances y correcciones, si era necesario, del proceso de la implementación.

También, fue relevante incorporar al sistema de Infosalud en el plan comunicacional como medio para medir el impacto de la campaña, a través del número de llamadas recibidas, así como al portal MINSA como un espacio de acceso de información (vacunómetro) para los niveles operativos.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Aguaded, J. *Educación y Medios de Comunicación en el contexto iberoamericano*. Huelva (España): Editorial UIA, 1995.

Ballesta J. & Guardiola P. (2001) *Escuela, familias y medios de comunicación*
Madrid: Editorial CCS.

Cámara, L. Centro de Investigación y Cooperación para el Desarrollo (CIDEAL) - Fundación Asistencia Técnica para el Desarrollo (ATD). *Planificación Estratégica. Guía para entidades sin ánimo de lucro que prestan servicios de inserción socio laboral*. Madrid: Primera edición, 2005. En línea, 25 de julio de 2008, 11:00 h., disponible en <http://www.cideal.org/libros_descargas.php>

CAMISAZA, E. *Capacitación a distancia en gestión de organizaciones comunitarias*. "Metodología y plan estratégico de las organizaciones comunitarias". En línea, 25 de julio del 2008, 14:00h., disponible en <http://www.cenoc.gov.ar/pcad_archivos/libro%2020pcad.doc>

CARE. *Aprendiendo con entretenimiento*. Trujillo (Perú): Grupo 1, 2001.

COE, Gloria. "Comunicación y promoción de la Salud". En: *Revista Latinoamericana de Comunicación Chasqui*. Nº 63, septiembre 1998. En línea, internet, 10 de junio de 2008, 10:00h., disponible <<http://comunica.org/chasqui/coe.htm>>

Costa, M. y López, E. *Educación para la Salud*. Barcelona: Editorial Pirámide, 2000.

Del Valle, C. *Comunicar la salud*. Temuco (Chile): Ediciones Universidad de la Frontera, 2003.

DiClemente, C. & Prochaska, J. (1992) Understanding How People Change Is First Step in Changing Unhealthy Behavior

American Psychology 47: 1102-1114.

<http://www.psychologymatters.org/diclemente.html>

Galeno, E. *Modelos de Comunicación*. Argentina: Ediciones Macchi, 1997.

Gómez, M. *Teoría y guía práctica para la promoción de la salud*. Montreal (Canadá): USI, 1998.

Gumucio-Dragon, A. "Comunicación para la Salud: el Reto de la Participación". En: Red de la Iniciativa de la Comunicación.

Consultado el 05 de julio de 2008.

Disponible < <http://www.comminit.com/en/node/150405>>

Kaplún, M. *Una Pedagogía de la Comunicación*. Madrid: Ediciones de la Torre, 1998.

Centro para Programas de Comunicación de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins (2003). *El nuevo Proceso P, pasos en comunicación*.

Consultado: 02 de junio de 2008.

Disponible en www.hcpartnership.org/Publications/P-Process_sp.pdf

Marqués, F., Sáez S. & Guayta R. (2004). *Métodos y medios en promoción y educación para la salud*.

Barcelona: Editorial UOC

Martín M. (2007) *Teoría de la Comunicación. La comunicación, la vida y la sociedad*.

Madrid: Mc Graw Hill.

Ministerio de Salud del Perú. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCTBC) y Agencia canadiense para el desarrollo internacional (ACDI), Unidad de apoyo de programas (UAP). *Curso Nacional de Información*,

Educación y Comunicación en tuberculosis. Manual Autoinformativo. (CNIEC). Lima, 1999

Ministerio de Salud del Perú. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión – Salud Básica para Todos – Administración Compartida. *Lineamientos y estrategias para la Gestión Local de la Comunicación Educativa.* Lima, 2000.

Ministerio de Salud del Perú. *Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa.* Lima: Editorial Decisión Gráfica, 2002.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. *Educación Para La Salud Desde La Escuela.* Lima, 2005.

Mosquera M. (2003) Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías, Experiencias

Consultado: 15 de julio de 2008

<http://www.comminit.com/la/pensamientoestrategico/lasth/lasld-750.html>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Manual de Comunicación Social para Programas de Salud.* Washington, D.C., 1992.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Modelos y Teorías de Comunicación en Salud.* Washington, D.C., 1996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Unidad Técnica de Salud de Adolescentes. Programas de Salud Familiar y Población, División de Promoción y Protección de la Salud. *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes.* Washington, D.C., 2001.

PARKS, H. y LLOYD, L. *Planificación de la Movilización y comunicación social para la prevención del dengue.* Organización Mundial de la Salud, 2004.

Pérez, L. *Marketing social. Teoría y práctica*. México: Person Educación, 1ª Edición, 2004

Pérez, R. *Estrategias de Comunicación*. Barcelona: Editorial Ariel, 2001.

Population services international. "¿Qué es el Mercadeo Social?", Enero 2003.
En línea, internet, 05 de junio de 2008, 12:00 h., disponible en
<<http://www.psi.org/resources/translations.html#espanol>>,
<http://www.psi.org/resources/pubs/sp-wism.pdf>.

ANEXOS

ANEXOS

1. Plan de comunicación para la eliminación de la Rubéola – Ministerio de Salud
2. Esquema de sondeo rápido para evaluar la campaña - Ministerio de Salud.
3. Matriz de monitoreo de la campaña comunicacional – Ministerio de Salud.

PLAN DE COMUNICACIÓN

“CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA LA RUBEOLA Y SÍNDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA”

“Por una única vez, vacúnate de una vez”

01 de octubre al 05 de noviembre de 2006

I. PRESENTACIÓN

En septiembre del 2003 los países de las Américas suscribieron, en el 44º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, la resolución CD 44.R1, en la cual los Ministros de Salud aprobaron la meta de eliminar aceleradamente la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita para el año 2010, debiendo para esto elaborar planes de acción que movilicen recursos en apoyo al cumplimiento de la citada meta, que implica la vacunación de hombres y mujeres hasta los 39 años de edad.

El Ministerio de Salud del Perú, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) y en coordinación con las Direcciones Regionales de Salud, asume el compromiso de eliminar a nivel nacional la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita. En ese contexto, en el 2003 se incorpora en el esquema de vacunación la triple viral (SRP) para los niños y niñas de 12 a 23 meses de edad. Asimismo, en el 2004 se vacunó aproximadamente a un millón de adolescentes y mujeres jóvenes de 16 a 20 años de edad. Durante el 2005 la Campaña de Vacunación Contra el Sarampión y Rubéola estuvo dirigida a la población de 1 a 16 años 11 meses y 29 días de ambos sexos.

Para el 2006, en un período de cinco semanas y por única vez a nivel nacional, se vacunará contra el sarampión y la rubéola a todos los niños, niñas, hombres y mujeres de 2 a 39 años de edad, es decir a 19,8 millones de personas, más del 71% de la población peruana.

Es por ello que para lograr el éxito de esta campaña se considera necesario la articulación de los demás sectores del estado, la empresa privada y la sociedad civil. Así como la coordinación de las acciones a través del comité técnico permanente, las sociedades científicas, el comité consultivo y el consejo nacional de salud, liderado por la presidencia de la república y el gabinete ministerial en pleno.

La campaña se ejecutará desde el 1 de octubre al 5 de noviembre del presente, siendo el domingo 29 de octubre el “Día Nacional de la Vacunación”. Una actividad sin precedentes ya que a diferencia de otras campañas, la vacunación contra la rubéola se realizará durante 5 semanas y se vacunará en diferentes espacios como Universidades, Colegios, Institutos, Centros de trabajo, mercados, calles y plazas, microbuses, entidades públicas y privadas.

Al ser esta campaña de vacunación de gran importancia para la salud de los peruanos, y considerando el esfuerzo que implica para el país combinar todas las estrategias de comunicación, se conformará el “Comité Nacional de Comunicadores para la Campaña de Vacunación contra la Rubéola” integrado por comunicadores de instituciones públicas y privadas, los cuales participarán de manera activa en la difusión y educación de los beneficios de la vacunación contra la rubéola.

De esta manera se refuerza el trabajo de inmunizaciones y se consolida el esfuerzo latinoamericano de la OPS para erradicar la rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita de una vez y para siempre.

II. *DIAGNOSTICO SOBRE EL TEMA*

La Rubéola es una enfermedad altamente infectocontagiosa que se transmite de persona a persona a través de las secreciones que se eliminan por la nariz y boca al estornudar y toser. Se caracteriza por la presencia de erupción (puntos rojos) en la piel, ganglios y fiebre, cerca del 50% de los casos de rubéola son asintomáticos, lo cual dificulta su identificación y diagnóstico.

Si bien la rubéola es considerada benigna, el verdadero riesgo es que las personas que enferman con rubéola contagien a embarazadas susceptibles, ocasionándoles el Síndrome de rubéola congénita (SRC).

Cuando la rubéola afecta a las gestantes en las 10 primeras semanas de gestación los efectos pueden producir en el 90% de los bebés Síndrome de Rubéola Congénita, que pueden ser transitorias o permanentes.

El Síndrome de Rubéola Congénita produce en los niños recién nacidos sordera, catarata, cardiopatía e incluso otras pueden aparecer tardíamente como la diabetes mellitus. Los recién nacidos afectados pueden presentar bajo peso al nacer, retardo en el crecimiento, agrandamiento del hígado y/o bazo, defectos óseos, entre otros. Además, se comportan como fuentes de infección hasta el año de edad.

Debido a que muchos casos el Síndrome de Rubéola Congénita no se sospechan ni diagnostican, representa un importante problema de salud pública, debido al elevado costo de atención y rehabilitación de los niños con lesiones o secuelas, el trastorno en la vida familiar y social y las pérdidas económicas para la familia y el país.

La rubéola en el Perú tiene características endémicas con picos epidémicos cada 6 a 8 años, en el año 2004 la totalidad de las Regiones reportaron casos de rubéola, en el período 2000 a 2004 se confirmaron 5.434 casos, de los cuales el 51% de los casos fueron mujeres.¹³

Según el modelo matemático de Strav-Pedersen se estima que 5.871 casos de Síndrome de Rubéola Congénita ocurrirían en Perú entre el 2004 y el 2019 si no se realiza una

¹ Manual operativo de la Campaña de Vacunación Contra el Sarampión y Rubéola - Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones. Pag. 9, 2005.

² Plan de acción - Perú Pag. 6, 2006

intervención masiva de vacunación en toda la población susceptible, pues la introducción de la vacuna SPR al programa regular impactaría al Síndrome de Rubéola Congénita a partir del 2018, cuando la cohorte de niñas vacunadas al año de edad ingrese a la cohorte de mujeres en edad fértil. Se calcula que la relación costo beneficio es de 1 a 13,4, es decir que por cada dólar gastado en la campaña se ahorra 12 dólares en la atención de casos de Síndrome de Rubéola Congénita. 2

No existe tratamiento alguno contra el SRC. Sin embargo, se puede prevenir a través de la vacunación, única medida eficaz para desarrollar inmunidad de por vida contra esta terrible enfermedad.

Se debe recordar que la vacuna SR protege contra el sarampión, y el último caso se presentó en el Callao, Ventanilla en la semana 13 del año 2000.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Lograr que toda la población de 2 a 39 años participe y demande de manera informada la vacuna contra la rubéola.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Informar a la población en general con énfasis en el público objetivo sobre los beneficios de la vacunación contra la rubéola y su relación con una vida más saludable.
- Facilitar al personal de salud los mensajes básicos para la promoción de la vacunación contra la rubéola, como única medida preventiva para evitar el síndrome de rubéola congénita.

- Capacitar e involucrar a los periodistas y líderes de opinión en la promoción y difusión de mensajes sobre la importancia de la vacunación contra la rubéola y las consecuencias del Síndrome de Rubéola Congénita.
- Promover la corresponsabilidad y participación efectiva de actores clave como ONGs, empresa privada e instituciones públicas, para el apoyo técnico y financiero de las acciones comunicacionales.

IV. PÚBLICOS OBJETIVOS

PÚBLICO OBJETIVO

Población en general de 2 a 39 años segmentados en:

- Madres y Padres de Familia
- Adolescentes y jóvenes

BENEFICIARIOS

- Mujeres gestantes
- Recién nacidos

PÚBLICO SECUNDARIO

- Personal de Salud
- Periodistas y comunicadores de instituciones públicas y privadas
- Autoridades de los gobiernos locales y comunales
- Docentes
- Agentes comunitarios de salud

ALIADOS ESTRATÉGICOS

Se desarrollará alianzas estratégicas con empresas privadas, ONGs, Propietarios de medios de comunicación, instituciones públicas y privadas, organizaciones de mujeres,

jóvenes e iglesias para generar apoyo financiero, técnico o espacios para la divulgación de la campaña.

Así mismo, se incidirá en la identificación de deportistas, artísticas y personalidades públicas reconocidas por la población, a fin de involucrarlas como rostro de la campaña.

V. MENSAJE

MENSAJES CLAVES

- La rubéola es una enfermedad muy contagiosa. Se caracteriza por la presencia de fiebre y erupción en la piel.
 - Cuando la rubéola afecta a las embarazadas en las 10 primeras semanas de gestación, los efectos pueden producir en los bebés el síndrome de rubéola congénita.
 - El síndrome de rubéola congénita ocasiona daños serios en la salud de los recién nacidos, como sordera, ceguera y retardo mental.
 - La única manera de prevenir la rubéola es vacunarnos oportunamente.
 - Todos los hombres y mujeres de 2 a 39 años deben vacunarse.
 - Si estas gestando o crees que puedes estarlo aun no te vacunes. Infórmate con tu médico.
 - La campaña de vacunación se desarrollará del 1 de octubre al 5 de noviembre.
 - Luego de la vacuna puedes tener fiebre, no te alarmes. Es signo que la vacuna está actuando.
-
- No puedes donar sangre hasta dos semanas después de colocarte la vacuna.
 - Recuerda: La vacuna es gratuita y segura.

LEMA: ¡Eliminemos la Rubéola del PERÚ!

¡Por única vez, vacúnate de una vez!

VI. LINEAS ESTRATEGICAS

Con el propósito de alcanzar los objetivos propuestos en el presente plan de trabajo, se han elaborado las siguientes líneas de intervención: Sensibilización, Abogacía y Participación Ciudadana.

1. SENSIBILIZACIÓN

Sobre las consecuencias de la rubéola en los recién nacidos y la importancia de prevenir el síndrome de rubéola congénita a través de la vacunación masiva.

Para ello, se trabajarán estrategias informativas-educativas y materiales con un enfoque de derechos, interculturalidad y género que recojan las percepciones y sensibilidades de la población. De esta manera, los productos comunicacionales diseñados podrán asegurar mayores probabilidades de aceptación e identificación de los mensajes priorizados.

En este sentido, se pretende diseñar una serie de piezas comunicacionales como los impresos (afiches, folletos, volantes) y audiovisuales (radio y tv) que permitan a la población estar permanentemente informada sobre los distintos temas relacionados y promover que acudan a los centros de vacunación. Los materiales que se reproduzcan en este marco serán distribuidos por el MINSA y sus aliados de la sociedad civil a las dependencias descentralizadas a nivel nacional. Así mismo, los diseños estarán colocados en la página web del MINSA para su reproducción y/o adaptación local.

Los afiches, volantes serán distribuidos en escenarios que frecuenta nuestro público objetivo. Se coordinará con algunos diarios y revistas deportivas y de espectáculos, previa a la campaña, para distribuir por este medio los folletos informativos, así como otros materiales reproducidos.

Para los jóvenes se ha considerado la difusión en espacios tan diversos como las librerías, cines, universidades, centros culturales, restaurantes, cafés, institutos, centros pre

universitarios, discotecas, supermercados, grifos, gimnasios, farmacias, bares, entre otros. Se debe considerar la calidad de la competencia publicitaria presente en estos lugares, para emplear una estrategia mucho más creativa y así conseguir la atención de los usuarios de estos servicios. De la misma manera se debe intervenir en centros de estudio (universidades, centros tecnológicos, institutos de idioma, academias pre universitarias, colegios) a través de ferias informativas.

Respecto a la sensibilización de los padres y madres de familia se ha priorizado los supermercados, mercados, plazas principales, clubes deportivos, centros ocupacionales, peluquerías, entre otros. Así mismo se deberá coordinar con las APAFAS, Escuela para Padres, Organizaciones de Base, para desarrollar charlas informativas y hacer entrega de material impreso (cartillas informativas).

Difusión masiva y alternativa

La difusión del spots a través de la radio y la televisión servirá para reforzar los mensajes priorizados en esta intervención. Así mismo, se verá complementada con la colocación de entrevistas de voceros del sector y de la sociedad civil en los diferentes medios de comunicación nacional y regional. El monitoreo y evaluación de estas actividades se verá visualizada en los rebotes de las notas de prensa y las solicitudes de entrevistas.

La difusión en medios alternativos como el perifoneo callejero, los altoparlantes en mercados, supermercados, gimnasios o el uso de periódicos murales o vitrinas informativas en comunidades y organizaciones de base permitirá difundir el tema en espacios poco trabajados. Así mismo, se incidirá la difusión a través de paneles informativos en la vía pública y buses informativos.

El uso de las nuevas tecnologías también juegan un papel importante en este aspecto: el uso de los correos electrónicos institucionales, las páginas web de las instituciones aliadas se convertirán también en espacios y medios ideales para reforzar los mensajes priorizados de esta campaña.

Desarrollar competencias

Se pretende incidir en los comunicadores, propietarios de medios de comunicación y líderes de opinión –nivel central, regional y local- para garantizar el involucramiento con el tema y la sostenibilidad de la intervención en los medios. Así mismo, se busca llegar a otros actores como los locutores y los discjockeys. En el nivel más local, se incentivará la participación activa de los periodistas escolares, alcaldes escolares y/u organizaciones de mujeres para generar una plataforma de voceros en el tema, según escenarios. Del mismo modo, los periodistas, comunicadores locales y medios de comunicación tendrán un papel importante en la difusión y educación de los mensajes claves de la campaña. Para ello, se les entregará cartillas de preguntas y respuestas sobre la rubéola y el síndrome de rubéola congénita; además, de facilitarles piezas comunicacionales para su difusión.

Para esta estrategia se ha programado con estos actores clave, reuniones de sensibilización para generar corrientes de opinión favorables a la campaña de vacunación contra la Rubéola, en cada uno de los escenarios donde se desarrollan.

2. ABOGACÍA

Acciones que buscan influir en actores claves de la sociedad y empresas del sector público y privado para lograr apoyo financiero y técnico de las diferentes acciones de comunicación destinadas a promover la vacunación oportuna contra la Rubéola.

Para ello, se pretende utilizar el Advocacy como estrategia para insertar pauta gratuita con mensajes de vacunación los programas o medios de comunicación de mayor audiencia tanto nacional y regional. Así mismo, incidir con los propietarios de los medios de comunicación, especialmente en el nivel regional, para generar compromisos en la franja pública de salud.

Del mismo modo, se intervendrá con los conductores, locutores, productores y guionistas de los programas de mayor audiencia de la radio y la televisión para insertar el tema, como parte de su responsabilidad en la campaña de vacunación y la salud en general.

De otro lado, la abogacía destinada a las ONGs busca entablar o fortalecer alianzas estratégicas que permitan colaborar con asistencia técnica y financiamiento para la reproducción y distribución de materiales informativos a nivel nacional.

Respecto a la empresa privada, se promoverá la responsabilidad social en el tema; telefonía móvil para mensajes SMS con el lema de la campaña, en los bancos para emitir el video de campaña en el circuito cerrado de sus agencias, en buses interprovinciales para la entrega de volantes y emisión de los spots de video, perifoneo de mensajes en tiendas por departamento, cadenas de gimnasios y con empresas editoras y de servicios para la distribución de folletos adjuntados a revistas, diarios y/o recibos.

3. PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

Busca movilizar a la población a partir de la información, educación y la promoción de actividades educativo - comunicacionales masivas, donde se resalte la idiosincrasia cultural de cada región.

Para ello, se pretende promover festivales o caravanas, que incluyan animaciones socioculturales, danzas y música preparadas y presentadas por las diferentes organizaciones de la sociedad civil. También se pueden desarrollar concursos para periodistas “mejor reportaje o artículo sobre la rubéola”, concurso de historietas o afiches para escolares y universitarios, como medida efectiva para involucrar a la población objetivo.

En el ámbito deportivo, los partidos de fútbol o encuentros deportivos servirán de espacio para la difusión de la campaña, donde los asistentes podrán ser vacunados.

De esta manera, se busca incentivar la participación ciudadana como parte de sus derechos y responsabilidades en salud.

LISTADO DE ACTIVIDADES POR COMPONENTES DE COMUNICACIÓN

a) Prensa

La Oficina de Prensa ha considerado implementar en este plan las siguientes acciones:

- Talleres para periodistas
- Conferencias de prensa
- Capacitar y promover entrevistas a voceros
- Entrevistas con especialistas reconocidos
- Reportajes.
- Notas de prensa.
- Elaborar un plan de crisis para las situaciones de denuncias, emergencias o temas de no previstos.
- Promocionar la vacunación entre los periodistas y las productoras de los programas locales de mayor audiencia.
- Realizar el monitoreo de medios
- Coordinar con los periodistas escolares la difusión de la campaña en las escuelas.
- Desarrollar carpetas informativas para medios de comunicación

b) Comunicación Social

- Consolidación de un Comité de Comunicadores para coordinar las acciones de comunicación en todos los niveles de intervención.
- Lograr el apoyo de uno o más personajes reconocido como portavoz de la campaña.
- Diseñar pautas para 3 paquetes de piezas comunicacionales dirigida por público objetivo:
 - a. *Madres y padres de familia*
 - b. *Jóvenes y adultos jóvenes*
- Distribución de materiales gráficos y difusión de materiales audiovisual en los distintos escenarios de la sociedad.
- Difundir entre los voceros oficiales de las Direcciones de Salud una ayuda memoria con mensajes básicos para uniformizar los discursos.
- Concertación de reuniones con instituciones públicas y privadas para lograr el financiamiento de la reproducción de materiales informativos y difusión de spots de tv y radio en programas, medios de comunicación, entidades bancarias, supermercados.

c) Comunicación Organizacional

- Asegurar la participación de las autoridades políticas del nivel nacional, regional, provincial y distrital en las acciones programadas de la campaña.
- Elaborar paneles, franelógrafos, murales o vitrinas informativas
- Coordinar actividades para informar al personal de salud sobre la importancia de la vacunación contra la rubéola.
- Promover el visionado de videos informativos y educativos sobre la importancia de la vacunación contra la rubéola en la sala de espera de los establecimientos Salud.
- Usar los parlantes de perifoneo de los establecimientos de salud u hospitales para difundir mensajes o el spot de campaña
- Brindar materiales y capacitación al personal que brinda información/orientación a la población que acude a los establecimientos de salud.

d) Canales de atención al ciudadano

Infosalud. Promover el uso del servicio gratuito de orientación y consejería INFOSALUD 0800 10828, el cual contribuirá a informar sobre los puntos de vacunación e información básica sobre la campaña contra la rubéola.

Los materiales informativos que se diseñen deberán contemplar el número de este servicio como un referente de información.

Portal – MINSA. Se incluirá el vacunómetro donde se registrará el avance numérico de los vacunados. Además, se incorporará información sobre la campaña, así como materiales comunicacionales (audio, video, impresos) en el portal MINSA. Cada espacio en la página web dedicado a la campaña, servirá de soporte para brindar mayor información a periodistas, público objetivo, público en general, etc.

Etapas de Intervención “*Por única vez, vacúnate de una vez*”:

Esta intervención contempla cuatro etapas: Lanzamiento, posicionamiento, mantenimiento y relanzamiento.

Lanzamiento (1 octubre): Se realizará el lanzamiento simultáneo en las 34 Direcciones de Salud del país. Este lanzamiento simultáneo deberá involucrar a las autoridades regionales como parte de su responsabilidad política en la salud. Se hará énfasis en la difusión en los medios de comunicación como estrategia para incluir el tema en agenda.

Mantenimiento (Octubre): Esta etapa es considerada clave, por que es la etapa de vacunación propiamente dicha. También se debe hacer uso permanente de los espacios y medios de comunicación de las instituciones públicas y privadas para llegar a un número importante de la población concentrada (colegios, centros de trabajo, supermercados, fuerzas armadas y policiales, universidades, etc). Se debe reforzar con notas de prensa emitidas desde las Oficinas General de Comunicaciones y con la presencia de voceros en medios masivos que difundan la campaña y el “Día nacional de vacunación”.

“Día nacional”: es el día central de la campaña, por lo que todas las personas deben estar ya informadas de su participación en la vacunación (difusión previa de spots televisivos, radiales, entrevistas con voceros, vías microondas, notas de prensa, publicidad en paneles exteriores, buses pintados, etc.). Se coordinará la presencia del rostro de la campaña en espacios televisivos y radiales, así como de los voceros.

Cierre (5 noviembre) consiste en certificar el cumplimiento de la meta de la campaña. Se realiza una conferencia de prensa y difusión en medios masivos para dar a conocer los logros de la vacunación, así como los compromisos que se podrían generar para la sostenibilidad del tema.

VII. ASESORÍA TÉCNICA

La asesoría técnica del equipo de la Oficina de Comunicación Social a las DISAS y DIRESAS está dirigida a:

- Proveer de asesoría técnica para el diseño, monitoreo y evaluación del Plan de campaña.
- Facilitar permanentemente estrategias y herramientas educativo comunicacionales para el impacto de la campaña.
- Entregar pautas de los mensajes y estrategias de sensibilización.
- Los discursos y mensajes básicos serán remitidos desde sede central y si es necesario, podrán ser adaptados a la realidad local.

VIII. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo está dirigido a:

- Supervisar las actividades programadas descritas en el plan de campaña.
- Identificar niveles de relación entre comunicaciones y otros actores en relación a la coordinación de las acciones del plan.
- Asegurar que el sistema de documentación del plan se encuentre debidamente implementado de manera que los procesos y productos que se generen sirvan de evidencia al equipo de gestión.

Evaluación de procesos:

- Eficiencia: si se han empleado los recursos de manera que apoyen al logro de objetivos.
- Pertinencia (o eficacia): si se han cumplido las acciones programadas.
- Sostenibilidad: si las acciones que se realizan (de incidencia política y advocacy con decisores, comunicadores,

MATRIZ DE ACTIVIDADES POR RESULTADOS

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Lograr que toda la población de 2 a 39 años participe y demande de manera informada la vacuna contra la rubéola.

RESULTADO A: POBLACION GENERAL INFORMADA SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA VACUNACION																			
		CRONOGRAMA																	
Nº	ACTIVIDADES:	PRE									DURANTE					POST			
		JULIO			AGOSTO			SETIEMBRE			OCTUBRE					NOVIEMBRE			
1	Elaboración de materiales impresos: Afiches, folletos, banners, banderolas, paneles exteriores.																		
2	Distribución de materiales a redes y micro redes																		
3	Elaboración de spot de tv y audio con mensaje de familia presidencial																		
4	Difusión de spots de Tv y cufia radial en medios masivos (a nivel nacional) y locales (bancos, supermercados, gimnasios, transporte interprovincial)																		

RESULTADO A: POBLACION GENERAL INFORMADA SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA VACUNACION																			
		CRONOGRAMA																	
Nº	ACTIVIDADES:	PRE									DURANTE					POST			
		JULIO			AGOSTO			SETIEMBRE			OCTUBRE					NOVIEMBRE			
5	Lanzamiento de la campaña																		
6	Incluir en los recibos de servicio público (Luz, agua, teléfono, arbitrios, otros) los mensajes de la campaña																		
7	Difusión de mensajes de texto en celulares																		
8	Incluir los mensajes de la campaña en Tarjetas 147 y cabinas de Telefónica																		
9	Ferias informativas, conciertos, pasacalles, perifoneo, sociodramas y teatro callejero.																		
10	Elaboración de Notas de prensa, reportajes, entrevistas y microondas																		
11	Banner y link en páginas web de instituciones estatales y privadas																		
12	Monitoreo y Evaluación																		

RESULTADO B: POBLACION DE MADRES Y PADRES SENSIBILIZADOS A FAVOR DE LA CAMPAÑA DE VACUNACION																			
		CRONOGRAMA																	
Nº	ACTIVIDADES:	PRE									DURANTE				POST				
		JULIO			AGOSTO			SETIEMBRE			OCTUBRE				NOVIEMBRE				
1	Elaboración de materiales impresos: Afiches, folletos informativos, dípticos.																		
2	Distribución de materiales a redes y micro redes																		
3	Elaboración de spot de tv y audio con testimonios de madres y padres sobre consecuencias de la rubéola																		
4	Difusión de spots de Tv y cufia radial en medios masivos y locales.																		
5	Ferias informativas, pasacalles, paríoneo, sociodramas y teatro callejero.																		
6	Distribución de impresos en mercados, peluquerías, clubes deportivos, Centros Ocupacionales, escuelas, fiestas patronales, organizaciones de base, APAFAS, paraderos, buses.																		
7	Monitoreo y Evaluación																		

RESULTADO C: POBLACION DE JOVENES Y ADULTOS JOVENES MOTIVADOS PARA LA VACUNACIÓN																			
		CRONOGRAMA																	
Nº	ACTIVIDADES:	PRE									DURANTE				POST				
		JULIO			AGOSTO			SETIEMBRE			OCTUBRE				NOVIEMBRE				
1	Elaboración de materiales impresos: Afiches, historietas, stickers, volantes.																		
2	Distribución de materiales a redes y micro redes																		
3	Elaboración de spot de tv y audio con personajes reconocidos a nivel local y nacional.																		
4	Elaboración de cufia radial con música reguetón.																		
6	Difusión de spots de Tv y cufia radial en medios masivos y locales.																		
8	Concurso de historieta, afiches, lemas con escolares, estudiantes universitarios.																		
7	Pasacalles juveniles, de institutos, colegios.																		
8	Charlas educativas, animaciones y teatro callejero en instituciones educativas.																		

RESUMEN C: POBLACION DE JOVENES Y ADULTOS JOVENES MOTIVADOS PARA LA VACINACIÓN																							
		CRONOGRAMA																					
Nº	ACTIVIDADES:	PRE										DURANTE				POST							
		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE						OCTUBRE				NOVIEMBRE							
7	Distribución de stickers y volantes en taxis y buses. Afiches y gigantografías en paraderos y paneles de la vía pública.																						
8	Distribución de impresos en colegios, universidades, centros pre universitarios, institutos de idioma, centro de trabajo.																						
9	Colocación de afiches en centros comerciales, cabinas de internet,																						
10	Concursos sobre rubéola con djs en discotecas, conciertos.																						
11	Difusión de slides y spots en cines.																						
12	Monitoreo y Evaluación																						

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Facilitar al personal de salud los mensajes básicos para la promoción de la vacunación contra la rubéola, como única medida preventiva para evitar el síndrome de rubéola congénita.

RESULTADO B: PERSONAL DE SALUD PARTICIPA EN ACCIONES DE COMUNICACIÓN																			
		CRONOGRAMA																	
N°	ACTIVIDADES:	PRE									DURANTE					POST			
		JULIO			AGOSTO			SETIEMBRE			OCTUBRE					NOVIEMBRE			
1	Elaboración de franulógrafos, periódico mural.																		
2	Perifoneo interno, móvil y fijo.																		
3	Consejería e informes a público usuario																		
4	Difusión de materiales audiovisuales en salas de espera																		
5	Colocación de vacunómetro en espacios visibles para público																		
6	Participación en movilizaciones, pasacalles.																		
7	Monitoreo y Evaluación																		

OBJETIVO ESPECIFICO 3

Capacitar e involucrar a los periodistas y líderes de opinión en la promoción y difusión de mensajes sobre la importancia de la vacunación contra la rubéola y las consecuencias del Síndrome de Rubéola Congénita.

RESULTADO A: Periodistas informados de la rubeola, beneficios de la vacuna y la importancia de la difusión de mensajes																			
		CRONOGRAMA																	
Nº	ACTIVIDADES:	PRE									DURANTE					POST			
		JULIO			AGOSTO			SETIEMBRE			OCTUBRE					NOVIEMBRE			
1	Elaboración de cartilla informativa para periodistas																		
2	Concurso de mejor artículo difundido sobre la rubéola																		
3	Emisión de notas de prensa																		
4	Enlaces telefónicos, enlace microneoas.																		
5	Taller para periodistas																		
6	Entrevistas a vecinos																		
7	Conferencia de prensa anunciando campaña																		
8	Conferencia de prensa anunciando Lanzamiento																		
9	Reunión con directores o directores de medios																		

RESULTADO B: LÍDERES DE OPINIÓN INVOLUCRADOS Y COMPROMETIDOS PARA LA DIFUSIÓN DE LA CAMPAÑA																			
		CRONOGRAMA																	
N°	ACTIVIDADES:	PRE									DURANTE				POST				
		JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE				NOVIEMBRE				
1	Identificación de líderes de opinión a nivel local, regional y nacional (artistas, políticos, celebrities)																		
2	Reuniones de sensibilización con líderes																		
3	Conformación de comité político de apoyo para la campaña comunicacional																		
4	Participación de líderes de opinión como rostros en eventos masivos																		
5	Coordinación para que se vacanen en espacios de difusión masiva, programas de TV, eventos,																		

OBJETIVO ESPECIFICO 4

Promover la corresponsabilidad y participación efectiva de actores clave como ONGs, empresa privada e instituciones públicas, para el apoyo técnico y financiero de las acciones comunicacionales.

RESULTADO A: INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS COMPROMETIDAS PARA APOYO TÉCNICO Y FINANCIERO																			
		CRONOGRAMA																	
N°	ACTIVIDADES:	PRE									DURANTE				POST				
		JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE				NOVIEMBRE				
1	Elaboración de carpeta informativa																		
2	Socialización del Plan																		
3	Reuniones de sensibilización para lograr apoyo técnico, logístico y financiero.																		
4	Conformación de comité de comunicadores de las principales instituciones públicas, privadas, ONGs.																		
5	Monitoreo del apoyo prestado por actores clave de las instituciones.																		

MATRIZ PARA PLAN DE CRISIS

PLAN DE CRISIS EN MEDIOS																					
Nº	ACTIVIDADES:	META	A N T E S								D U R A N T E				P O S T						
			A G O S T O				S E T I E M B R E				O C T U B R E				N O V I E M B R E				D I C I E M B R E		
1	Contar con base de datos de periodistas, medios y establecimientos																				
2	Elaboración del Plan de crisis en medios																				
3	Formar parte del Comité de Crisis																				
4	Capacitación a voceros																				
6	Monitoreo de medios																				
8	Asesorar al comité en el tema de medios																				
7	Asesorar a las regiones en la elaboración del plan y la conformación del comité																				
8	Monitorear las respuestas de posibles crisis en las regiones																				

Campaña de Vacunación para la Eliminación de la Rubéola

Sondeo Rápido

Fecha:..... Lugar:

Sexo: Varón () Mujer () Edad: ()

1. Sabe usted qué es la Rubéola?

Sí () No () **pase a pregunta 5**

Marque con una X sólo una de las respuestas

2. La rubéola es una enfermedad que se transmite por:

a) Al dar la mano ()

b) El aire, al estornuda y toser ()

c) Relaciones sexuales ()

d) Otro (escribir).....

3. La rubéola se previene a través de:

a) Pastillas ()

b) Vacunación ()

c) Operación ()

d) Otro (escribir).....

4. ¿Por qué medio se entero sobre la Rubéola?

a) Radio –spot de radio- ()

b) Periódicos ()

c) TV -spot de TV- ()

d) Folletos ()

e) Afiches ()

g) Otros.....

5. ¿Por qué medio le gustaría enterarse de la Rubéola?

a) Radio –spot de radio- ()

b) Periódicos () c) Tv-spot de TV- ()

d) Entrevistas ()

e) Folletos ()

f) Afiches ()

g) Otros.....

6. ¿Qué espacios o lugares considera ideal para enterarse del tema?

a) Trabajo ()

b) Casa ()

c) Campo deportivo ()

d) Centros de diversión ()

e) Otros.....

7. ¿Qué personaje crees usted tiene mayor credibilidad y llegada?

a) Mónica Zevallos y Julhino ()

b) Dina Paucar ()

c) Jaime Bayli ()

d) Magaly Medina ()

e) Claudio Pizarro ()

g) Otros.....

GRACIAS.

SISTEMA DE MONITOREO DE ACTIVIDADES DE COMUNICACION PARA LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 2006
“POR ÚNICA VEZ VACÚNATE DE UNA VEZ”

DIRESA
 CAMPAÑA
 MES

No. POBLACIÓN EXPUESTA A LA
 INFORMACIÓN:

--

I. MATERIAL IMPRESO

TIPO	CANTIDAD	COSTO	LUGARES DE DISTRIBUCIÓN	CANTIDAD	BENFICIARIO APROX	FUENTE DE FINANCIAMIENTO
Afiches folletos volantes banner rotafolios						

II. PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL

TIPO	CANTIDAD	COSTO	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	LUGARES DE DISTRIBUCIÓN	CANTIDAD
spot de radio spot de televisión serie de cuentos radio novelas otros					

III. ANIMACIONES SOCIOCULTURALES

TIPO	TEMA	LUGAR DISTRIB.	BENEFICIARIOS	INSTITUCIONES INVOLUCRADAS
Títeres sociodramas Teatro cuenta cuentos pasacalles				

IV. DIFUSIÓN LOCAL

TIPO	NOMBRE DEL MEDIO	ALCANCE DEL MEDIO	No. DE EMISIONES POR DIA	Número de emisiones / Notas de prensa por abogacía	AUDIENCIA ESTIMADA	FINANCIAMIENTO
Radio Televisión Diarios Revistas Perifoneo						

V. ENTREVISTAS A VOCEROS

MEDIO	NOMBRE DEL MEDIO	TEMA	AUDIENCIA Y LECTORES ESTIMADOS
Radio Televisión Diarios Revistas			

VI. TALLER PARA PERIODISTAS

TEMA	PARTICIPANTES	ACUERDOS	FINANCIAMIENTO

**VII. REUNIONES DE
COORDINACIÓN**

INSTITUCIONES	ACUERDOS	COSTO EN SOLES

IX. SUPERVISIÓN Y MONITOREO

LUGAR	TEMA	RESULTADOS

